La Ginecologia Moderna

Democratizzare la scienza altro non deve essere se non la sempre maggiore diffusione dell'aristocrazia scientifica.

Multa renascentur quae jam cecidere...

Propter solum uterum mulier id est quod est.

La Ginecologia Moderna

Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia

E DI

Psicologia, Medicina Legale e Sociologia Ginecologica

Direttore: **L. M. BOSSI**

Professore ordinario di Ostetricia e Ginecologia alla R. Università di Genova.

Redattore Capo: **S. PATELLANI**

Aiuto onorario alla Clinica Ostetrico-Ginecologica della R. Università di Genova.

Segretario di Redazione: **S. REBAUDI**

Assistente alla Clinica Ostetrico Ginecologica della R. Università di Genova.

VOLUME I - ANNO 1908

Condizioni d'abbonamento annuo

Per l'Italia . . . . . L. 10 — Per l'Estero . . . . . L. 15

REDAZIONE ED AMMINISTRAZIONE

GENOVA - Via S. Giuseppe, 35 - GENOVA

Per un numero separato L. 2 (Libreria Moderna, Galleria Mazzini - Genova)

Rivolgersi all'Amministrazione.

INDICE DEL VOLUME I

LAVORI ORIGINALI.

LAVORI RECENSIONATI.

APPENDICE.

INDICE GENERALE DELLE MATERIE

AUTORI

N.B. — I numeri segnati in grassetto si riferiscono ai lavori originali.

ANNO I. GENNAIO 1908. FASC. 1.

LA GINECOLOGIA MODERNA

Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia

E DI

PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

IL NOSTRO PROGRAMMA

Per nessuna branca della Medicina credo si abbia il diritto di parlare di *modernità* quanto per la Ginecologia. Nel mentre infatti lo sviluppo e la specializzazione degli altri rami medico-chirurgici furono ritardati dal deficiente progresso delle scienze biologiche e della medicina in generale, la Ginecologia si trovò di fronte anche ad un altro e forse maggiore ostacolo: il pregiudizio, dettato specialmente dalla reazione contro le degenerazioni sessuali del paganesimo.

E' infatti noto come le degenerazioni sessuali del paganesimo (fra cui, come ebbi già a scrivere (1), notevoli le pratiche antifecondative) costituissero una, se non fra le più note, certo fra le più gravi cause della decadenza dell'Impero Romano.

Il Cristianesimo a tale riguardo sorse benefico coi suoi principî e le sue leggi severe di purismo sessuale, e sotto tale aspetto riuscì, non esito ad affermarlo, veramente e profondamente benefico.

Ma come di tutte le grandi innovazioni e di tutti i grandi concetti accade, anche tale principio, così alto e così bello, col tempo venne male interpretato, andò degenerando rapidamente e divenne la ragione prima di tutti i pregiudizî che avvolsero e mantennero nell'ignoranza più completa le nostre conoscenze sulle malattie sessuali delle donne, ritardandone lo sviluppo sino a a questi ultimi anni.

(1) Malattie utero-ovariche e Malthusianismo. Società Editrice Libraria, Milano.

Per la stessa ragione alla donna si contese nella vita sociale quella posizione che si compete equamente alla compagna dell'uomo.

Dal purismo o castigatezza, che dir si voglia, sessuale si giunse quasi alla credenza o pregiudizio che il concepire e quindi per conseguenza la gravidanza, il parto e il puerperio, invece di formare le più sublimi delle funzioni fisiologiche, fossero conseguenze di un peccato, e da tale pregiudizio nè derivô che lo studio e l'assistenza di tali funzioni, invece di costituire oggetto di doverose cure, liberamente e largamentc aperto alla scienza, rimase come cosa occulta, come occulti si tengono i fatti peccaminosi.

E tali quindi rimasero a lungo le alterazioni anatomiche dell'apparecchio genitale.

Spiegasi in parte per tal modo come la Ginecologia, che per natura sua avrebbe dovuto essere la prima e la più coltivata delle specialitá, perchè destinata a tutelare i fenomeni inerenti alla conservazione della specie, rimase per secolt negletta e relegata nelle mani ignoranti delle mammane.

Così spiegasi come il primo manuale pubblicatosi riguardasse solo l'ostetricia, e fosse da Scipione Mercurio dedicato alle mammane (*La Commare o riccogliglitrice* — 1600), ed egualmente alle mammane fosse dedicato il secondo manuale, quello di Sebastiano Melli, pubblicatosi nel 1721 a Venezia sotto il titolo: « La commare levatrice istruita nel suo ufficio ».

I progressi della biologia sperimentale, come rivoluzionarono tutte le scienze dando loro un'impronta naturalistica positivista, distrussero in parte il pregiudizio e diedero nuova vita anche alla vecchia ostetricia.

E sulle basi appunto delle scoperte biologiche e dei progressi della tecnica chirurgica sorse la moderna Ginecologia, che (come ebbi a definire nella prelezione del primo corso di lezione di Ginecologia 1887-88), avendo per obbiettivo « lo studio anatomico, fisiologico, anatomo-patologico e clinico della donna in quanto riguarda l'apparecchio genitale », assorbì l'ostetricia che ne divenne un capitolo, (il più importante invero dal punto

di vista pratico), ed essa stessa divenne e va diventando ognor più un ramo della medicina altrettanto importante dal lato clinico e scientifico che dal lato sociale.

Noi dobbiamo per giustizia riconoscere, che questo movimento moderno originò e si intensificò prima di tutto per gli stranieri, sia perchè presso di loro più vasti e meglio organizzati erano gli ambienti clinici, sia perchè la vita italiana ebbe in questo periodo di rinnovamento, dirò così, medico chirurgico, a risolvere più alti e più importanti problemi di vita nazionale, e, risoluti questi, dovè aspettare che l'equilibrio ritornasse nella sua compagine e tornassero a compartecipare pienamente alla vita scientifica quelli ingegni che la necessità del momento tenne impiegati altrove.

L' Italia, è giusto quindi riconoscerlo, giunse così quasi buon ultima, fra le Nazioni civili, ad affermarsi nel nuovo indirizzo ostetrico ginecologico, e nel rendere l' ostetricia più comprensiva, quale logicamente, scientificamente e pel bene delle pazienti deve essere; e nel rendere dirò ginecologica l'ostetricia, col togliere dalla pericolosa giurisdizione delle sezioni cliniche mediche e chirurgiche le pazienti di malattie utero ovariche per affidarle alle sezioni e cliniche ostetriche. Basti il ricordare che il primo decreto di libera docenza emanato in Italia in Ginecologia, porta la data del 30 Giugno 1887 (Ministro Mariotti) e potei conquistarmelo precisamente in questo stesso Ateneo Genovese subendo duplici esami e facendo due lezioni, una di Ostetricia e una di Ginecologia.

Ma, per quanto a questo riguardo molto cammino ancora rimanga a compiersi, giacchè in alcuni centri è ancora contrastata all'ostetrico e alle sezioni ostetriche ospitaliere e anche alle cliniche ostetriche l'assistenza e l'insegnamento ginecologico, pure noi abbiamo fatto grandi progressi in breve volgere di tempo!

Indubbiamente dai tempi del De Cristoforis, del Chiara che furono i veri precursori della moderna ginecologia, questa fece nel breve periodo di cinque lustri tale straordinario e, uopo è affermarlo, benefico

cammino, così scientificamente che clinicamente, da eccitare sorpresa in noi stessi, cultori italiani della disciplina, che avemmo la sorte di crescere e vivere in questi anni di febbrile evoluzione, e da meravigliare lo stesso pubblico profano che di questo movimento non vede che i risultati importantissimi e sorprendenti.

Dico risultati quasi meravigliosi, poichè realmente se si fa astrazione — e si insiste a combatterli — degli abusi demolitori che ci vennero particolarmente dalla chirurgia (che non poteva nè può apprezzare l'enorme importanza della conservazione delle funzioni sessuali), la avvenuta trasformazione della vecchia ostetricia ha portato e deve portare ancor più in avvenire all'umanità grandi benefici fisici e, come dimostrerò piu avanti, notevoli effetti anche dal lato sociale, da meritare il più attivo e zelante apostolato, e da rendere grandemente doveroso per noi ginecologi il diffonderne i concetti fondamentali e le feconde applicazioni.

Il pubblico sente l'importanza dei nostri studii e ne apprezza il valore nei risultati, ma esso ignora quale lungo cammino hanno dovuto fare le idee, quante lotte sono state per essi sostenute, come sia stato difficile trarlo fuori dallo scarso materiale e dagli scarsi mezzi della maggior parte delle nostre cliniche. Questo è ignorato, nè può essere apprezzato giustamente dallo straniero che ci vede accorrere numerosi ai loro ricchi istituti, e del nostro movimento scientifico non vede che quello che emerge sopratutto per la sua importanza mondiale.

Poichè appunto, se con nostra intima soddisfazione assistiamo alla meraviglia del pubblico profano di fronte agli esiti insperati, uopo è constatare che questa magnifica evoluzione, avveratasi e che sempre più si va avverando, è assai insufficientemente nota così in patria come all'estero, dove i clinici che ci veggono accorrere ai loro grandi istituti per usufruire del loro materiale, non possono credere che nelle nostre piccole cliniche si compia, invero con sacrifici inauditi, un'opera scientifica e clinica non meno proficua e di progresso.

La scienza non ha patria, la scienza è internazionale; tale affermazione ripetesi ad usura ogni istante,

in tutte le ricorrenze e solennità scientifiche piccole e grandi, e dovrebbe rappresentare invero la più grande emanazione del moderno progresso civile.

Ma in pochi casi come nel nostro, dell' internazionalismo cioè della moderna ginecologia italiana, la realtà non corrisponde alla verità.

Gli stranieri si entusiasmano del nostro cielo, delle ridenti nostre regioni, degli svariati tipi nostri di popolazione, delle preziose nostre reliquie dell' arte antica, della nostra storia e della armonia della nostra lingua, ma ancora insufficientemente conoscono e apprezzano il nostro quotidiano progresso scientifico, specialmente nel campo biologico e clinico, e soprattutto poco lo conoscono per rapporto alla moderna ginecologia.

E la ragione sta, oltrechè nel fatto che la nostra lingua è studiata solo come una curiosità quasi musicale, come uno sport, come un ornamento della coltura individuale, anche in ciò che l'evoluzione della ginecologia in Italia fu così grande e direi vertiginosa in confronto anche di qualcuna fra le più progredite Nazioni che non potè certo finora farsi apprezzare in tutta la sua estensione al di là delle Alpi.

Ed infatti, nel mentre accettate, non solo, ma direi anche ammirate, sono le nostre innovazioni ostetriche, quale il taglio cesareo Porro, quale (è per me un dovere verso i colleghi stranieri il riconoscerlo), il parto artificiale col nostro metodo della dilatazione meccanica immediata, quale dapprima la sinfisiotomia divulgata dalla scuola Napoletana e in oggi il taglio lateralizzato del pube del Gigli, poco o punto si è affermato il meraviglioso lavoro scientifico e clinico ginecologico moderno nostro.

E ciò appunto perchè, nel mentre era entrata nella coscienza degli studiosi di tutto il mondo la priorità, diremo storica italiana, per la vecchia ostetricia tanto da dover ricorrere alle reliquie di Pompei per rintracciare i primi strumenti (speculum) d' esame dell' apparecchio genitale, ai dettami di Scipione Mercurio per stabilire le prime orme dell'ostetricia legiferata, e all'iniziativa di Porro per i primi decisivi passi ai grandi in-

terventi cruenti ostetrici, non potè essere ancora compresa e apprezzata nella giusta sua ampiezza la vera rivoluzione avveratasi dalla ginecologia fra noi, nel volgere di cinque lustri.

Nè lo poteva, è a ritenersi, all' Estero, anche con tutto il buon volere dei colleghi stranieri, se si considera che, come sopra dissi, non è ancora a sufficienza nè compresa, nè apprezzata in patria anche nello stesso campo sanitario.

Nè di ciò far colpa si deve ai sanitarî connazionali, quando si pensa che una gran parte di essi ed in particolare i più anziani, quelli appunto che occupano più importanti cariche nell' esercizio professionale e negli istituti ospitalieri, assai poco (e talora nulla) appresero del nuovo indirizzo dai banchi della scuola.

Ne consegue perciò che, alla non proporzionata stima dell'estero, dobbiamo aggiungere il danno in patria, danno gravissimo alle nostre pazienti. Danno gravissimo, perchè la deficiente conoscenza della sintomatologia e propedeutica ginecologica, permette tuttodì una serie continua di errori diagnostici da parte dei medici non specializzati, e lesioni talora anche banali dell'utero e degli annessi vengono confuse coll' isterismo, con gastropatie, con cardiopatie, con cloroanemie, ecc., e talora anche confondonsi gravidanze per tumori, donde quindi trattamenti curativi puramente sintomatici e inefficaci e sovente illogici, donde interventi laparatomici erronei e non di rado fatali, donde il presentarsi della paziente al ginecologo o troppo tardi, quando ogni intervento è vano o quando occorrono atti operativi in condizioni pericolose, o trattamenti lenti e tanto prolungati che rendono infelice l'esistenza.

Danno gravissimo, perchè, l' assoluta assenza (come nei chirurghi accade) di cognizioni ed esperienza clinica-ostetrica, conduce necessariamente alla chirurgia ginecologica estranea ai criterî della conservazione della funzione e quindi demolitrice o per lo meno deformatrice. Non permettendo tale assenza di cognizioni un diagnostico basato sui criterî eziologici inerenti alle funzioni dell'apparecchio, impedisce puredi consigliare quella ra-

zionale profilassi ginecologica che dovrebbe essere una delle maggiori nostre conquiste odierne.

Chè, invero, non potrà certo il chirurgo, che, o ha curato o sta curando ad esempio uno spostamento uterino o una subinvoluzione uterina od altre lesioni secondarie al parto e al puerperio, comprendere l'entità loro eziologica e dare gli opportuni suggerimenti, perchè una nuova gravidanza ed un nuovo puerperio, non solo non siano causa di recidive, ma possano anche costituire per sè un mezzo di cura.

Ed egualmente non potrà il chirurgo non ostetrico, di fronte ad esempio alle conseguenze anche lontane di aborti così detti abituali, indagare la vera origine delle alterazioni, rintracciare le cause dell'aborto ed in base a tale origine e a tali cause scegliere un trattamento adatto e soprattutto consigliare una logica profilassi contro futuri aborti e quindi contro il ripetersi delle medesime alterazioni.

E moltiplicare si potrebbero gli esempi.

Danno gravissimo perchè, considerando diremo, il rovescio della medaglia, l'assenza nell'ostetrico di esperienza ginecologica e di chirurgia ginecologica (come accadrebbe seguendo la distribuzione ufficiale dell'insegnamento a Parigi), quindi il non conoscere le lesioni anatomiche dell'apparecchio genitale, il loro decorrere e il loro trattamento, gli impedirà di apprezzare nei giusti limiti molte cause di complicanze della gravidanza, del parto e del puerperio residenti in lesioni utero-ovariche, e di fare così la profilassi ginecologica nel campo ostetrico — altra importantissima missione della ginecologia moderna — evitando aborti, parti prematuri, parti e puerperî complicati e talora fatali.

E lo metterà pure nella impossibilità di esercitare la profilassi ginecologica nel campo ostetrico, non potendo egli nella loro entità apprezzare le molti lesioni, che derivano dal parto e dal puerperio, e l'utilità (quando si presentano) di usufruire del puerperio per rapidamente curarle.

E quando poi, o lungo la gravidanza o durante il parto od anche nel puerperio, per l'insorgere di qualche

grave complicanza, per la coesistenza di neoplasmi, urgesse un intervento chirurgico ginecologico, l'ostetrico, diciamo puro, mancherebbe dei voluti criterî clinici per scegliere, sia il momento più opportuno, sia l'indole dell'atto operativo, e mancherebbe soprattutto della capacità ed esperienza tecnica per effettuarlo.

Nè è a tacersi delle molteplici lesioni degli organi viciniori, e cioè ano, retto, appendice, uretra, vescica, ureteri e reni, aventi rapporti o come causa o come effetto colle funzioni sessuali e colle alterazioni dell'apparecchio sessuale femminile. Il non conoscerle, il non saperle trattare potrà sempre costituire una complicanza grave e un pericolo.

E danno gravissimo, come già accennai, deriva dalla deficiente conoscenza e applicazione pratica della moderna ginecologia anche in linea psicosociale, poichè, più non è possibile negare il grande e sovente veramente impressionante nesso fra le lesioni utero-ovariche sia anatomiche, come funzionali e i molti e molti squilibrî nervosi e psichici della donna e i conseguenti turbamenti, non di rado anche tragici e fatali, che ne derivano alle famiglie e alla società.

Come da ben venti anni vado ripetendo, Charcot, coi suoi studî e le sue scoperte nel campo della neuropatologia e della clinica neuropatologica, grandi beneficî apportò indubbiamente all' umanità, ma, come di tutte le teorie succede, le esagerazioni, in cui cadde la sua scuola, di voler troppo frequentemente vedere nella complessa e tanto svariata sintomatologia delle malattie nervose delle forme idiopatiche del sistema nervoso stesso, riuscì anche dannosa facendo ai sanitarî dimenticare — sovente con gravi conseguenze — esistere talora la vera etiologia di tale sintomatologia unicamente in lesioni di organi e apparecchi in apparenza indipendenti dal sistema nervoso centrale e la cui cura dovrebbe essere il vero trattamento razionale ed efficace.

E pel campo nostro affermare si potrebbe, che le teorie del Charcot segnarono un vero e, oserei dire, disastroso regresso, anche di quanto empiricamente gli antichi ci avevano lasciato. Giacchè, se dapprima si esa-

gerava (la parola isterismo da ιστερ = *utero* informi) nel troppo attribuire all' apparecchio genitale per rapporto agli squilibrî nervosi della donna, in seguito ai dettami di Charcot si cadde nell'altra, per mio conto, più grave esagerazione di non riconoscere quasi a tale riguardo alcuna influenza a detto apparecchio.

E ben giustamente in questo caso si possono quindi abbinare il verso di Orazio:

Multa renascentur quae jam cecidere...

e l' antichissima affermazione:

Propter solum uterum mulier id est quod est.

Invero, grazie ai ginecologi, questa esagerazione va in oggi correggendosi, ma ben lontani siamo ancora dalla giusta meta, dall' aver raggiunta la verità del riconoscimento cioè così da parte dei sanitarî in generale come da parte dei sociologi e del pubblico profano (e questo è pur di somma necessità per la profilassi sociale) che — lo affermo senza timore di essere tacciato di esagerazione — ben due terzi degli squilibrî nervosi e psichici della donna e di conseguenza un gran numero di psicopatie e di forme mentali e criminaloidi coi relativi riflessi morali e materiali, talora disastrosi per il soggetto stesso, non solo, ma per la famiglia e per la società, sono dipendenti da alterazioni anatomiche e funzionali dell'apparecchio genitale.

Opera altamente sociale quindi è indubbiamente il diffondere tali verità, tali concetti, perchè a molte e molte infelici sarà evitata un'esistenza agitata, penosa, disgraziata in famiglia, a molte sarà risparmiata la *via crucis* dei manicomî e delle case di salute per malattie mentali e, aggiungo, a molte sarà evitata anche la *via crucis* dei tribunali.

Ebbene il compiere tale opera sarà pure precipua cura della nostra Rivista. Poichè, nel mentre la scuola positivista Lombrosiana rivoluzionò il mondo nel campo della criminalogia, rendendola quasi mancipia dell'antropologia e della clinica, e il mondo ci invidia in Lombroso il genio italiano, assai poco cammino a questo riguardo potè fare la psicologia e criminalogia femmi-

nile in confronto della maschile, appunto per la surriferita causa della deviazione impressa dalle teorie di Charcot alla interpretazione dei molteplici, sovente strani, fenomeni nervosi e psichici della donna.

Ripeto, precipua fra le cure sará per la nostra Rivista, per la Ginecologia Moderna, il dimostrare la somma, anzi la enorme importanza che hanno i rapporti fra la funzione sessuale femminile (e relative alterazioni anatomiche e funzionali) e la psicopatologia e la criminalogia, e una parte del periodico sarà a tale studio dedicata ed ogni numero porterà una rubrica con speciale casistica di *Psicopatologia Ginecologica,* di *Medicina legale ginecologica* e di *Sociologia ginecologica.*

Potremo per tal modo fornire ai cultori delle malattie nervose e agli psicologi, ai sociologi e ai penalisti un costante e utile materiale scientifico e clinico, adempiendo così ad un compito che non esito ad affermare, per noi clinici ginecologi, *doveroso.*

Aggiungasi in ultimo che, dal suesposto indirizzo, emergeranno dati assai utili per contribuire alla soluzione del grande quesito, che ben può dirsi palpitante d' attualità, riflettente le malattie del lavoro e che per rapporto alla donna può ritenersi pur troppo ben lungi dall' essere risolto, se si considera che la legge sulle casse di Maternità attende ancora i fondi per essere attuata.

Psicopatologia ginecologica, Medicina legale ginecologica, sociologia ginecologica: basterebbero tali argomenti di tanta fondamentale entità per la vita che si vive a formare un ampio programma per un periodico. Epperò, concludendo, chiaro appare come altrettanto vasto quanto di sommo interesse, non meno pei sanitarî che pei sociologi che pei legali, sia e debba essere il nostro programma se vuolsi che il titolo di Ginecologia Moderna non suoni una vana parola.

Diffondere così nel campo sanitario che nel pubblico l' alto concetto che si deve avere della ginecologia e quale debba essere il suo odierno indirizzo scientifico e clinico perchè i maggiori vantaggi ne derivino alle pazienti.

Dimostrare all' estero il grande cammino che l' Italia nel volgere di cinque lustri ha compiuto e quello che va ognor più compiendo sulle basi della vecchia ostetricia e seguendo le orme dei progressi delle scienze biologiche e cliniche.

Propagandare il più largamente possibile gli odierni precetti di profilassi contro le malattie utero-ovariche la cui frequenza si è manifestata veramente impressionante.

Più profondamente studiare così dal lato anatomopatologico che diagnostico, che terapeutico le lesioni degli organi viciniori, ano, retto, appendice, uretra, vescica, ureteri, al quale scopo collaboreranno distinti specialisti in materia.

Affrontare coi criteri dell'osservazione diretta sperimentale e clinica il grande e complesso problema della psicopatologia, della criminalogia femminile in rapporto e alle funzioni sessuali e alle alterazioni utero-ovariche; affrontarne lo studio e la divulgazione dei relativi corollari in modo da mettere le vere basi di un materiale clinico affidato alla stampa (e quindi di pubblico dominio), di neuropatologia, di psicologia e criminalogia ginecologiche con casistiche e studi sperimentali a cui liberamente e quotidianamente possano attingere e neuropatologi e psicologi e clinici e medici legali, giuristi e magistrati e sociologi con beneficiò così della società, che della famiglia, e della donna tanto in linea morale che fisica. Al quale ultimo scopo in ogni numero saranno accolti e pubblicati:

Studi sperimentali di medicina legale ginecologica;

Le relazioni dei casi più interessanti di perizie medico-legali ostetrico-ginecologiche d'Italia e dell'Estero;

Ricche casistiche di pazienti presentanti forme di psicopatie e di criminalogia aventi rapporti colle funzioni sessuali e con lesioni utero-ovariche.

A cui poi si aggiungeranno pure osservazioni cliniche e sulle complicanze nella gravidanza, parto e puerperio e nei periodi mestruali e sulle alterazioni utero-ovariche causate dal lavoro, in modo da fornire ai sociologi e ai legislatori un utile materiale in difesa della classe lavoratrice.

Programma ampio e grandioso nella sua entità e che solo può essere affrontato per la convinzione di fare opera buona e nuova e che come tale sarà coadiuvato da colleghi, da giuristi, da sociologi, a cui tutti liberamente, all'infuori d'ogni scuola e personalismo, sono da oggi aperte le colonne della Ginecologia Moderna; pubblica palestra in cui si studieranno i fenomeni della più sublime delle funzioni, quella della conservazione della specie, e si vaglieranno e discuteranno i più delicati e profondi misteri della donna nella sua fine e complessa psicologia.

Sarà questa forse anche la maggiore, più positiva e quindi più efficace difesa della compagna dell'uomo, il cui grado di elevazione sociale rappresenta e rappresenterà sempre il maggiore indice di progresso civile d'ogni Nazione.

Genova, 27 Dicembre 1907.

L. M. Bossi.

Siamo lieti e onorati di potere frattanto annunziare che aderirono di collaborare al nuovo Periodico:

Per la Psicologia, Medicina Legale e Sociologia Ginecologica: *Mario Carrara, Enrico Morselli, Cesare Lombroso* e *Enrico Ferri*, nomi i quali per sè stessi costituiscono già un programma in tale campo scientifico.

Per l'ostetricia e Ginecologia oltre che *i più autorevoli Ginecologi Italiani*, i seguenti Ginecologi stranieri:

Bumm — Direttore della Clinica ostetrica Ginecologica dell'Università di **Berlino.**

Ballantyne — Idem. di **Edimburgo.**

Alban Doran — Idem di **Londra.**

Von Franqué — Idem di **Giessen.**

Felhing — Idem di **Strassburg.**

Von Herff — Idem di **Basilea.**

Leopold — Idem di **Dresda.**

Mayer — Idem di **Copenaghen.**

Schauta — Idem di **Vienna.**

Tauffer — Idem. di **Budapest.**

Bar — Professore a **Parigi.**

Charles J. Callingtroth — Idem. di **Londra.**

Doleris — Idem a **Parigi.**

Porah — Idem a **Parigi.**

PARTE I.
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Dott. Leonardo Gigli

IL TAGLIO LATERALIZZATO DEL PUBE
nelle infezioni genitali

(CONSIDERAZIONI E DOCUMENTI CLINICI)

Nella XI Riunione della Società italiana di ostetricia e ginecologia, che ebbe luogo nel 1905 in Roma, io richiamai l'attenzione degli ostetrici sopra un fatto, che si poteva facilmente rilevare da quel primo e non indifferente contributo clinico (io aveva raccolto dalle varie pubblicazioni e da notizie pervenutemi oltre un centinaio di casi), che per me, e per tutti coloro che hanno una qualche pratica nella traumatologia e particolarmente nella traumatologia ossea, aveva una grande importanza e non poteva non destare un senso di gradita sorpresa. Si trovavano in quei primi cento casi raccolti, molti casi nei quali il puerperio non aveva avuto un decorso normale, vi erano state delle complicanze più o meno gravi, sia che la donna fosse stata febbricitante al momento dell'operazione, sia che la irregolarità apparisse dopo l'atto operativo stesso. La ferita chirurgica però, la frattura del bacino, in questi casi, aveva avuto un decorso dei più regolari. La ferita era guarita per prima, la frattura era andata a guarigione con tale rapidità, come non suole osservarsi nelle fratture in generale, particolarmente in quelle del bacino fuori dello stato di maternità.

Io già, esponendo in quell'occasione le mie idee, diceva, come questo pensiero, cioè, di quale sarebbe stato, per essere il decorso della frattura pubica, in caso di infezione puerperale, fosse per me lungamente un incubo. Io vedeva che l'obbiezione più forte, che mi si poteva fare, stava nel mostrarmi, che se errore era l'aprire una articolazione, sia pure di minimo valore, come la sinfisi pubica, quando non si poteva assicurare con tutto il suo rigore l'asepsi del campo operativo, non era certamente corretto, nè poteva essere indifferente, determinare, nelle stesse mal sicure condizioni di asepsi, una frattura aperta, complicata. Questo sarebbe stato l'argomento che avrebbe demolito le mie osservazioni sul nascere: nulla si poteva opporre; anzi le considerazioni chirurgiche che potevano farsi, mettendo in evidenza la gravità di una infezione ossea e le sue conseguenze, avrebbero tolto ogni desiderio di esperimentare.

Fortunatamente questo fine controattacco, questa opposizione di argomenti chirurgici ad argomenti chirurgici, non fu pensata dagli illustri ed ostinati difensori della sinfisiotomia. La mia critica, che si levava inaspettatamente vivace e rude, mentre ancora risuonava per l'aria la eco degli entusiasmi recenti, sorprese i difensori della sinfisiotomia, che altro non seppero opporre che un lungo e vuoto silenzio.

Solo in questi ultimi tempi, davanti al succedersi delle pubblicazioni sulla mia operazione, ed al suo affermarsi in continui successi del suo valore, essi hanno creduto necessario correre alle difese e non hanno saputo trovarle che nella vuota negazione della innegabile natura articolare della sinfisi e nella affermazione di una sepsi che non esisteva che nel nome, che veniva impropriamente dato alla operazione.

Non è questo il luogo di ritornare alla dimostrazione del nessuno valore di queste difese. Meglio sarebbe stato per tutti che la verità così semplice e così elementare fosse stata accolta senza contrasti. Poichè la sinfisiotomia nel 1894, quando apprese la mia prima memoria, aveva già dimostrato quale era realmente il suo valore, e e come essa non fosse, all'atto pratico, quella operazione semplice ed innocua quale potevano dipingerla gli illustri suoi difensori, ed i nostri vivi desideri, era inutile affannarsi dietro ad una chimera, meglio valeva cercare se la nuova forma dalla quale dovevano apparire ad un semplice esame i vantaggi, poteva darci resultati migliori ed abbandonare con la vecchia forma operativa il cadavere al quale era stata legata una idea viva ed immortale.

Questo silenzio e queste incertezze salvarono la nuova operazione. I fatti dimostravano però fino di principio, che se il pericolo di aprire una frattura nella vicinanza di un focolaio infettivo, era giusto e razionale in teoria, non esisteva in realtà nel taglio lateralizzato dal pube. La prima operata da Basilio Bonardi il 7 Maggio del 1897 a Porzia vicino a Lugano mi portava, dopo 4 anni di dolorosa aspettativa, non solo la conferma della grande verità che io aveva intuito, ma una lontana assicurazione sul pericolo che io credevo minacciasse tutta l'opera mia.

La donna Mazzuccato Lucia aveva 38.3 di temperatura al momento dell'operazione e guariva senza la più piccola complicanza della ferita chirurgica e della lesione pubica, sebbene operata nelle più sfavorevoli condizioni. Questo fatto avrebbe dovuto molto insegnare ai nostri maestri, ed aprire loro gli occhi alla verità, ma essi nulla videro, come nulla avevano veduto nelle parole di Champion che si trovavano su tutti i trattati « on devrait et il serait en generale preferable scier a coté de cette espece d'articulation ».

Il fatto di Bonardi non poteva bastare da solo a remuovere ogni dubbio, era un caso, e ne occorreva una serie. È stato solo al principio di questo secolo che le cliniche della Germania hanno cominciato a portare a questa operazione il ricco ed interessante loro contributo, dal quale noi possiamo largamente attingere gli elementi

di fatto che servano alla nostra dimostrazione ed a sostenere la nostra polemica. E da questo ricco materiale clinico, che io ricavavo dalle numerose pubblicazioni e che mi veniva cortesemente inviato dai colleghi stranieri, che io poteva nel 1905 a Roma accennare alla importanza del fatto, dimostrare che la lesione chirurgica è indipendente nella sua evoluzione del suo processo riparatore, dalle condizioni del puerperio, che si poteva avere cioè una perfetta guarigione per prima della ferita chirurgica, mentre accanto si svolgeva più o meno grave il processo puerperale, come poteva decorrere normale il puerperio, mentre per una accidentalità qualunque suppurava la ferita chirurgica. Insomma io poteva affermare, sulla base di questi fatti, in piena coscienza della verità *che si poteva eseguire il taglio lateralizzato anche sulla infetta senza grave pericolo.*

Con questa mia affermazione io entrava, ancora una volta, in pieno contrasto di idee con l'illustre Prof. Pestalozza. Quando io presentai nel 1902 la mia prima operata alla Società Toscana il Prof. Pestalozza, prendendo la parola, consigliava di porre una contro medicazione all'atto operativo nelle primipare e nelle infette. Io naturalmente non vedeva per nulla le ragioni cliniche per queste affrettate conclusioni, per questo irragionevole stringere dei freni che metteva al passo il cammino di una idea, della quale a me premeva non lasciare ai posteri il giudizio sul suo valore. E sostenevo, che si doveva fare per la mia operazione quello che si è fatto per la sinfisiotomia, cioè tracciarne i confini delle resultanze operative.

L'esperienza fatta con la sinfisiotomia doveva applicarsi al taglio lateralizzato, il quale, pur avendo la stessa finalità ostetrica, e per i rapporti anatomici, e sopratutto per la sua natura chirurgica, ne differiva profondamente. Io non ho avuto la fortuna di convincere il Prof. Pestalozza della poca logica delle sue deduzioni e sono rimasto in questo riguardo profondamente dissenziente da lui e sembra lo sia ancora.

In regola generale, oggi si ammette dai più ed anche il Prof. Pestalozza viene ad ammetterlo che il taglio lateralizzato può farsi anche nelle infette.

Questa indipendenza delle due lesioni, dimostrata oggi luminosamente su numerosi fatti, non si aveva nè si poteva avere nella sinfisiotomia. La ferita pubica, oltre interessare un tessuto delicato, come è il tessuto articolare, la cartilagine, ed essere anfrattuosa, non a margini netti, si apriva ai genitali esterni, e naturalmente non poteva essere con sicurezza difesa dai secreti patologici e fisiologici delle vie genitali. Si comprende, che in queste condizioni la controindicazione dell'atto operativo nelle infette, fossero esse primipare o no, era più che giustificata.

Questo rapporto diretto fra la ferita chirurgica ed il canale genitale non permetteva si osservasse quello che io ho mostrato si osservava nel taglio lateralizzato. Se la donna era infetta la ferita chirurgica doveva infettarsi: di qui l'enorme numero di guarigioni poco

moderne lamentate da coloro, che avevano un concetto moderno, del come devono guarire le ferite chirurgiche.

Oggi il Prof. Zweifel non ricorda più come egli lamentasse a Breslavia nel 1893 che di 14 operate solo 3 erano guarite per prima, ed il perchè più tardi proponeva il suo drenaggio dello spazio di Retzius. Non era per diminuire nelle sue operate, le mortalità che non aveva, ma per cercare di migliorare le guarigioni della ferita pubica, che non erano quali egli avrebbe desiderato. Queste due controindicazioni nelle quali per forza si dovette venire a circoscrivere la sinfisiotomia, certo permettevano di ottenere una percentuale migliore. Una sapiente e limitata scelta dei casi avrebbe portato a delle statistiche ingannatrici e brillanti; ma.l'operazione era finita, era ridotta a nulla.

Ridotta a semplice operazione clinica nei casi asettici e nelle sole multipare, diveniva una operazione inutile, tanto vero che nella stessa clinica di Firenze non era più stata eseguita da anni. Nei casi asettici in una clinica si preferiva e si doveva preferire alla sinfisiotomia il taglio cesareo molto più che non potendo farsi sulla primipara e su questa dovendo farsi il taglio cesareo, pel Prof. Pestallozza le medicazioni si restringevano enormemente e si veniva ad un assurdo clinico. Io credo che questo, che è poi essenzialmente a questo riguardo il contenuto della Relazione del Prof. Pestalozza al Congresso di Amsterdam, non sia altro che una finezza, una astuzia del Prof. Pestalozza, al quale spiaceva nel suo discorso urtarsi con i difensori e con gli oppositori della sinfisiotomia, che si trovavano a quel Congresso. La Relazione del Prof. Pestalozza contentò gli uni e gli altri. Contentò i difensori della sinfisiotomia, perchè così vedevano l' operazione figurare in bella mostra per le operazioni ostetriche, gli avversari, perchè essi la vedevano ridotta e ristretta in così urgenti confini che divenisse una vuota espressione ostetrica. Così senza dir nulla, molto accortamente egli era riuscito a trovarsi d' accordo con tutti. Io posso ammirare l' accortezza e la finezza dell' illustre Prof. Pestalozza, ma quando egli ha creduto di rendermi un servigio, di rendersi benemerito alla mia operazione, cercando di volerlo chiudere proprio in quelli stessi confini e di ridurlo, come la sinfisiotomia, un nome senza contenuto, io che sentiva tutta l'alta finalità della mia operazione sono stato costretto a ringraziarlo della sua sollecitudine e delle sue premure per l' avvenire del mio atto operativo ed a ripetergli, che poichè esso si trova in piena armonia con le leggi chirurgiche, esso non teme il cimento della pratica, che il moltiplicarsi delle operazioni non può nuocergli, che in esse deve cercare i suoi confini e da esse deve derivare la prova del suo valore e che non si devono nè si possono porre aprioristiche controindicazioni.

E credo che non mi si possa dare il torto.

Da qui tutto il mio dissenso col pensiero del Prof. Pestalozza, dissenso che si è andato e deve andare accentuando, giudicando noi le cose da due punti di vista assolutamente diversi. Questo dissenso

io sperai di veder composto nell' ultimo Congresso a Roma, dopo le parole con le quali il Prof. Pestalozza volle attenuare l'effetto delle sue fredde conclusioni, ma cercando di definire la cosa io mi sentii ripetere che si intendeva seguire la propria via, per il che io credo non lasciare la mia.

Il Prof. Pestalozza credeva e crede tuttora, che la mia operazione non sia che una modificazione della vecchia sinfisiotomia, che essa abbia oggi il suo momento di fortuna, il suo quarto d'ora, come andava dicendo, ma che bisogni chiuderla in ben determinati confini, perchè non venga a screditarsi.

Io sento invece, come ho detto, che la mia operazione è una operazione assolutamente diversa dalla sinfisiotomia, con la quale si accorda solo nella finalità ostetrica: è operazione in perfetta armonia con le leggi chirurgiche e quindi l'eccesso delle operazioni, l'allargarsi delle indicazioni, quando si mantengano sulla armonia dei precetti dell'arte, non può nuocerle affatto. La prima era una operazione chirurgicamente errata, questa una operazione corretta. Se un pericolo reale vi era per la mia operazione non stava tanto nelle esagerazioni delle sue indicazioni, quanto nei capricci, spesso irrazionali, di coloro che nel desiderio di portarvi la nota personale vi portavano delle pericolose novazioni di tecnica.

La sinfisiotomia, per mantenerla il più che era possibile nei limiti della chirurgia, bisognava riservarla esclusivamente alle cliniche e rigidamente chiuderla negli angusti confini delle multipare asettiche, con pelvi non troppo ristretta; il taglio lateralizzato può estendersi nella pratica privata e nella clinica nelle primipare e nelle multipare, nelle asettiche e nelle infette: essa abbraccia cioè tutto il campo che veniva teoricamente tracciato alla immortale idea di Sigault ed essa apparisce oggi più utile e più grande nelle infette che nelle donne in stato di asepsi ostetrica più o meno rigorosa, perfetta.

Pensando così diversamente, come era e come è possibile di trovarci d'accordo?

Posta così la indicazione generale nelle infette, si comprende come in linea generale le primipare non possono essere escluse. Bisognerebbe dimostrare che un processo infettivo si comportasse diversamente a seconda del numero dei parti e che esso assumesse una gravità eccezionale nelle disgraziate primipare. Ma poichè questa non è la controindicazione rigida che si vorrebbe portare alla mia operazione in questi casi non apparisce sufficentemente fondata. La lesione può guarire nelle primipare come nelle multipare indipendentemente dallo stato puerperale, quindi lo stato di primiparità nulla cambia sostanzialmente nelle cose.

Si dice, ed è giusto dire, che nelle primipare più facili sono le lesioni delle vie genitali; e si deve giustamente riconoscere, che la lacerazione del canale genitale in corrispondenza della linea di frattura così, come avviene in questi casi, in modo che il canale genitale comunica direttamente con la lesione ossea, aggrava grandemente la

prognosi, se la donna è infetta. Ma da questo pericolo non si sottraggono già le pluripare. I primi casi di morte per la mia operazione sono i due tanto discussi casi dal Bumm, le due pubiotomie alla Bumm. Ebbene in questi due casi si trattava di due donne multipare, anzi due multomultipare, perchè una era VI para, l'altra IV para, e tutte due sono morte di sepsi, essendo tutte e due infette al momento dell'atto operativo, ed avendo avuto tutte e due nel parto la lacerazione del canale genitale. Nella ricca letteratura sulle mie operazioni si trovano diversi altri casi di lacerazione del canale genitale nelle pluripare. Dunque a rigore di logica si dovrebbe riserbare la controindicazione, per quelle donne, siano esse primipare o pluripare, nelle quali per le condizioni del canale genitale, si possa ritenere con molta facilità possibile la lacerazione. Si dovrebbe dire, come si dice, l' operazione è controindicata in quelle donne infette nelle quali le condizioni del canale genitale siano tali da fare prevedere facile una lacerazione. Posta però questa limitazione alla regola generale, bisogna che sia dimostrato, come non è, l'arte incapace ad impedire che questa lacerazione avvenga in corrispondenza della linea di frattura, e, quando anche questa dimostrazione fosse data, si dovrebbe dimostrare la costanza delle conseguenze fatali, non ostante l'evitata lacerazione corrispondente alla frattura.

Io spero, con la scorta dei fatti raccolti, di poter dimostrare, come tutto questo non esista, che nella mente di chi non vede che attraverso il prisma deformante della sinfisiotomia, e che quindi una rigida controindicazione nelle primipare infette, così come viene da alcuno portata e voluta imporre, non trova nella clinica oggi la sua giustificazione.

Intendiamoci, io non sostengo questa tesi ciecamente ed incondizionatamente, io ammetto che parlando e descrivendo questa operazione a medici ed a studenti, a chi insomma può trovarsi lusingato dai resultati delle cliniche, ad eseguire questa operazione nella pratica, si debba consigliare la prudenza e la scelta del caso più favorevole, e gli si debba insegnare a non scegliere le donne infette e di queste particolarmente le primipare, per i gravi pericoli ai quali possono andare incontro, giuocando sopra un caso, che la scienza gli insegna di poter risolvere molto più facilmente e sicuramente, la loro tranquillità e forse il loro avvenire; ma dal consiglio di prudenza a porre una rigida e formale barriera al cammino di una idea ci corre. Nelle cliniche si ha il dovere ed il diritto di esperimentare nell'interesse della umanità e nei giusti limiti a noi concessi, si deve *trovare* il valore di un atto operativo nuovo, si deve saper svolgere col minimo sacrificio, un'idea in tutta la sua larghezza e saper trovarne con sicurezza i confini, non fissandoli a caso, ma ricercandoli direttamente nella vita. La prudenza, che diviene paura, non deve immobilizzare una idea. Quando si voglia allora cercare nel complesso dei fatti clinici l'appoggio per sostenere una rigida controindicazione sulle primipare infette, come il Prof. Pestalozza vorrebbe, riducendo a questo essenzialmente le sue controindicazioni all' atto

operativo, noi non troviamo questo appoggio, questo appoggio manca e la controindicazione cade nel vuoto. Nel vuoto di una parola, la parola: infezione, infetta, che la scienza non ci ha permesso ancora di definire con tutta esattezza, che noi non sappiamo diagnosticare in tutti i casi con sicurezza, che noi non sappiamo con sicurezza dai primi sintomi fondare la prognosi nella sua entità, nella gravità sua. Mancano così le ragioni cliniche per fondare con sicurezza su questo vago nome di infetta una rigida controindicazione, per condannare al craniotomo un gran numero di vite che potrebbero essere salvate.

Il Prof. Resinelli faceva con ragione notare nella seduta di Aprile, di quest'anno, della Società Toscana, che tutta la discussione si fonda su queste basi malferme, sul concetto cioè di primipare infetta: questa parola è troppo vaga, troppo mal definita: è un vaso nel quale sono gittati dentro alla rinfusa frutti di ogni specie e di ogni natura, dal frutto innocuo al frutto sicuramente mortale o gravemente dannoso.

Se si dovesse ammettere, come vuole il Baisch ad esempio, che si debbano considerare infette « tutte le partorienti febbricitanti siano « da febbre per infezione putrida o settica, tutti quei casi sospetti, « perchè vennero fuori della clinica esplorati dalla levatrice, che « ebbero le membrane rotte da tempo avanti alla loro ammissione « anche se non hanno febbre »: si comprende come verrebbe a limitarsi enormemente il campo di azione della mia operazione e proprio là dove essa ha il valore maggiore. Così la pensa il Franqué ed io con lui.

Il Prof. v. Franqué, das auch bei infizierten Frauen mit letenden Kinde in geeigneten Fällen der Fehernbeinschnitt nach Gigli ausgefuhrten werden des und soll. Anche nelle donne infette a feto vivo l'operazione di Gigli nella sua giusta indicazione *può e deve* farsi.

Ed egli dice e sostiene appunto che se noi poniamo qui una rigida barriera, questa viene a porre un limite ai benefici della mia operazione proprio la dove essa apparisce più grande.

Tutto questo forma una questione complessa, interessantissima che non si risolve con una frase imperativa: bisogna vedere più addentro nelle cose e saper trarre la verità dall'insieme dei fatti sapientemente discussi e vagliati. Allora apparisce il vuoto di chi parla ad orecchio.

L'infezione nelle operazioni dilatanti il bacino, sinfisiotomia, taglio lateralizzato, ischiopubiotomia, pubiotomia e tutte quelle che possono venire immaginate nell'avvenire viene, quasi esclusivamente si può dire, dal canale genitale. La possibilità di una infezione diretta della ferita chirurgica dall'esterno per errore di trascuratezza delle più elementari e semplici regole della profilassi chirurgica è così vana che può benissimo essere trascurata. La storia ormai così ricca di queste due operazioni rivali, sinfisiotomia e taglio lateralizzato, lo dimostra all'evidenza. Io non conosco un solo caso di grave

infezione, di infezione di una certa entità, la cui origine non sia stato il canale genitale: il pericolo della infezione viene dal canale genitale. La grande maggioranza dei disastri nel taglio lateralizzato si è avuto nelle infette e l'infezione aveva origine nel canale genitale; erano tutte donne che le ripetute esplorazioni, la rottura delle membrane all'inizio del travaglio, l'eccessivo protrarsi di questo, le brutali o troppo spesso ripetute operazioni per liberarle, avevano ridotte nelle peggiori condizioni. Qualche rara volta preesisteva nelle vie genitali, un'infezione gonococcica. Non si insisterà mai abbastanza nel dimostrare quanto sia necessaria nelle storie cliniche che vengono pubblicate di descrivere lo stato della donna al momento della operazione, la sua temperatura, il suo aspetto, i caratteri del polso, le condizioni delle vie genitali e dei secreti vaginali, così come nella necessità di distinguere nettamente il decorso del puerperio, del processo di guarigione della frattura e della ferita, altrimenti noi non potremo mai dare il giusto valore ai fatti che si confondono sovrapponendosi ed alterandosi.

Questo io dico, perchè molte volte le storie pubblicate si trovano in questa parte oscura, e perchè ho veduto in ricchi contributi di casistica recenti non essere distinto in apposita rubrica lo stato della donna al momento della operazione e confondersi in una sola citazione il decorso del puerperio con la guarigione della ferita chirurgica.

Lo dico anche per dimostrare tutta la importanza di rilevare questi dati, nella speranza di giungere ad affinare i nostri mezzi di diagnosi, per concretare meglio questo concetto di infezione, poter arrivare a distinguere fra i diversi casi. Allora soltanto noi potremo con coscienza consigliare di astenersi in qualche caso dell'intervento e fondare le vere controindicazioni all'atto operativo.

Oggi frattanto dobbiamo prendere il materiale, quale è, e valersene, come è, per la nostra dimostrazione.

Lo sconsigliare l'operazione nelle primipare non aveva nessuna fondata ragione. Il Prof. Scarlini della clinica del Prof. Falaschi a Siena è stato il primo che ha dimostrato come il taglio lateralizzato potesse essere fatto senza pericolo nelle primipare. Egli presentava in una seduta della Società Toscana una donna da lui felicemente operata. Questo fatto e le semplici considerazioni anatomiche, che costituiscono una notevole differenza per la sinfisiotomia ed il taglio lateralizzato, avrebbero dovuto mostrare come non era giusto insistere in quella limitazione e far vedere tutto il danno che ne veniva. E danno veramente ne è derivato e grandissimo a noi, poichè ristretta l'operazione nei meschini limiti sui quali tentò, fortunatamente senza riuscirvi, di restringerli il Prof. Pestalozza, la grande importanza clinica del nuovo atto operativo non poteva apparire fino dal principio, e si credette che non valesse la pena dare a questa idea, che aveva così limitato campo, un largo corredo italiano di studi anatomici e clinici.

Quante più operazioni potevano essere fatte nella clinica di

Firenze dal Prof. Pestalozza, se si fossero eseguite anche nelle primipare, intuendo, come era facile intuire dai fatti clinici raccolti per la sinfisiotomia, la importanza di abbandonare in questi casi il parto alla natura, ed aspettare la medicazione ostetrica coll' intervento! Ma questo non si volle vedere e la dimostrazione con vergogna nostra e con nostra umiliazione ci è venuta dallo straniero.

Di questa vergogna e di questa umiliazione che si è voluta far subire alla ostetricia italiana la responsabilità cada su chi deve cadere, non certo su me, che io ho fatto senza materiale e senza aiuti più di quello che era possibile di fare.

Ma poichè si vantano in questa operazione dei titoli alla gratitudine mia e naturalmente a quella della ostetricia italiana per aver parlato bene dell' atto operativo, quando per forza non se ne poteva dir male, voglio che si ricordi che accanto a questi titoli che io ho riconosciuto, e per i quali ho per mio conto ripetute volte espresso, forse oltre il merito, la mia riconoscenza personale, ve ne sono altri che non sono certo di lode e che oggi non possono essere più cancellati. Questo io dico non per quello che io ho sofferto e dovuto subire, ma per quello che ho provato come italiano nel vedere, ancora una volta, che la bontà di una cosa nostra ci dovette essere insegnata a suo modo dallo straniero.

Alcuno leggendo questo mio sfogo personale, che mi trascina mio malgrado dal soggetto del mio lavoro, sorriderà della mia ingenuità e mi dirà: è così in tutte le cose da noi, che ci si deve fare! I panni di Prato devono portare il timbro delle dogane inglesi per essere apprezzati, le nostre sete lombarde l'etichetta dei magazzini di Lione, anche i prodotti del nostro ingegno devono avere la marca straniera; se la sinfisiotomia dovesse essere presentata come articolo di Parigi, è naturale che si sia voluto nel dilatatore di Bossi e sul taglio lateralizzato leggere un tanto di « made in Germany » per cominciare a parlarne e per apprezzarlo.

Il taglio lateralizzato si può dunque in forza della esperimentazione straniera fare senza pericolo anche sulle primipare, oggi finalmente anche il Prof. Pestalozza ne conviene.

Nella interessata monografia che il D.r Kannengiesser della clinica di Dresda ha pubblicato raccogliendo le operazioni fatte da lui e dal Prof. Leopold in meno di 3 anni, dal 12 Agosto 1904 al 24 Marzo 1907, si trovano 24 tagli lateralizzati in primipare su 31 operazioni, come si vede le operazioni nelle primipare sono in notevole numero.

Ebbene da questo ricco contributo clinico apparisce che le tanto temute lacerazioni del canale genitale non sono poi molto frequenti. Su 24 donne 5 sole presentarono lacerazioni, mentre nelle rimanenti 27 pluripare si ebbero 3 lacerazioni; la differenza non è poi grande.

E si noti che nella clinica del Prof. Leopold si interviene, fatto il taglio del bacino, con una certa frequenza Lo stesso D.r Kannen-

giesser nella bella sua illustrazione clinica a questa splendida serie operativa, si domanda se il numero di queste lacerazioni non poteva essere minore qualora fosse stato possibile abbandonare e si fosse abbandonato il parto alla natura.

Nella Relazione sul taglio extramediano del bacino presentato dal Prof. Döderlein lo scorso Aprile al Congresso degli Ostetrici e Ginecologi tedeschi sono state raccolte 225 operazioni con 30 lacerazioni della vagina: 12 nelle pluripare e 18 nelle primipare.

Queste lacerazioni non sono poi adunque tanto frequenti, come si potrebbe credere e sono possibili, in proporzione inferiore è vero, ma possibile anche nelle multiplare. La controindicazione alle sole primipare non sarebbe giusta.

Ma noi abbiamo detto che, ammesso anche che le condizioni del canale genitale di una primipara infetta siano tali da farci dubitare della conservazione della loro integrità, dopo averle preparate con la applicazione ripetuta di un colpeurinter o quando l'urgenza della indicazione non ci permetta di fare queste manovre, o di aspettare il parto naturale, noi abbiamo detto che bisogna dimostrare che non si possa evitare che la lacerazione avvenendo si determini in corrispondenza della parete vaginale contigua alla linea di frattura e quando questo fosse dimostrato possibile, dovrebbe risultare che non avesse nessuna influenza sull' ulteriore decorso della ferita, che cioè fosse la lesione prodotta dall' arte dannosa come quella che il trauma può produrre. Questo nei fatti non è e lo vedremo.

(Vedi continuazione nel prossimo numero di imminente pubblicazione).

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Universita di Genova

L'Influenza delle capsule surrenali sull'ossificazione dello scheletro

A PROPOSITO DI OSTEOMALACIA E RACHITISMO

PEL

PROF. L. M. BOSSI, *Direttore*

La capsula surrenale è forse l' organo che in questi ultimi anni fu oggetto di maggiori studî da parte dei fisiologi, dei patologi e dei clinici per rapporto così alla sua influenza sul metabolismo che sulle varie forme morbose. Credo però di poter affermare che nessuno finora aveva studiato la sua influenza sullo scheletro e sulle alterazioni dello scheletro.

Sono così lieto che possa ascriversi ai ginecologi la priorità di tali studî.

La constatazione che l' ablazione delle capsule surrenali provoca costantemente alterazioni ovariche e che l' estratto di capsule surrenali induce una reale ischiemia e che nell' osteomalaciche l' ablazione delle ovaia parrebbe guarisca il morbo e che nelle ossa vi ha durante tale malattia una grave iperemia, mi condussero a tentare in una gestante affetta da osteomalacia acuta il trattamento coll' adrenalina.

Il risultato fu, come ebbi già a pubblicare con tutti i particolari nell' « Archiv für Gynäcologie - Band 83 - Heft 3 — 1907 », così imponente che ne rimasi meravigliato e in una seconda paziente gravida osteomalacica in condizioni ancora più gravi, ritentai subito la stessa cura, praticando però prima, e cioè al 7^0 mese, la radiografia del bacino (fig. 1). Quivi pure l'esito fu felicissimo, e la radiografia (fig. 2) eseguita quasi tre mesi dopo e cioè alla vigilia del parto, dimostrò, confermando i fatti clinici, un' ossificazione si può dir completa di quel bacino che al 7^0 mese appariva alla radiografia in preda a gravissima osteoporosi, e ciò dopo 104 iniezioni di $^1/_2$ e di 1 centimetro cubo di adrenalina al millesimo, quale è posta in commercio dalla Casa Parke Davis e Co.

In una terza paziente, da me castrata per osteomalacia sei anni prima e nella quale i sintomi e la radiografia (fig. 3) dimostrarono grave recidiva dell' osteomalacia, la cura con estratto di ghiandole surrenali diede pure in 33 giorni la guarigione, come fu rilevato anche dalla radiografia (fig. 4).

I dottori Tanturri di Guarcino e Gotelli di Albareto di Borgotaro e il Prof. Merletti di Ferrara ottennero pure felicissimi risultati, ed il 12 ottobre recatomi appositamente a Guarcino potei *de visu* constatare tali risultati nei casi del dott. Tanturri. Fra questi eravi un operaio della cartiera, osteomalacico il quale, come mi riferiva lui stesso, nel mentre dapprima era costretto a stare a letto dei mesi per gravi fenomeni osteomalacici, potè dopo il trattamento coll'estratto di capsule surrenali togliersi di peso alla famiglia e alla Società di Mutuo Soccorso e recarsi liberamente a lavorare.

Sulle pecore volli tentare gli esperimenti di controllo coll' ablasione di una capsula surrenale preceduta dalla radiografia.

Scelsi appositamente le pecore come più adatte per ragioni ovvie. Costantemente ebbi a rilevare che dopo 12-15 giorni dall' ablazione di una delle capsule surrenali appariva manifesta la osteoporosi del bacino (v. 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12), c che manifesti pure erano i sintomi simili agli osteomalacici.

Volli anche constatare quanto accadeva per rapporto alla eliminazione dei fosfati nelle orine e potei riscontrare che nel mentre l' acido fosforico avanti l' ablazione delle capsule era del 10, 12, 15 per mille, due o tre giorni dopo saliva al 20, poi man mano al 30, 40, 45, 50 per mille. Una vera fòsfaturia quindi si avvererebbe che spiega in parte l' esteoporosi sperimentale.

La constatazione del fatto che le capsule surrenali agirebbero sul metabolismo provocando il deposito di sali calcarei nelle ossa, mi suggerì l' idea di usufruire di tale azione in pro delle bambine rachitiche e anche di indirizzare in modo diverso di quanto siasi finora fatto, gli studii sulla patogenesi del rachitismo di cui le origini devono essere poligenetiche e certo basate sul ricambio.

Le deformità del bacino nelle rachitide si avverano nell' infanzia per ragioni puramente meccaniche e di gravità.

Il bacino nelle bambine rachitiche non può sopportare il peso del corpo essendo tale peso sproporzionato alla resistenza delle ossa la di cui ossificazione è deficente.

Se in tale periodo della vita acceleriamo l' ossificazione, eserciteremo un' ottima profilassi contro le viziature pelviche.

Ed è quanto già intrapresi in alcune bambine rachitiche nelle quali i risultati della somministrazione di estratto di capsule sur renali mi confermarono pienamente nelle nutrite speranze.

Anche sperimentalmente sto facendo a tale riguardo utili ten tativi, iniettando in alcuni dei feti di una stessa coniglia dell' adrenalina, previa radiografia, e radiografando gli altri come animali di controllo. In apposita memoria verranno pubblicati i risultati onde dimostrare la più rapida ossificazione dello scheletro nei feti trattati col succo di ghiandole surrenali.

Tali fatti credo che spieghino e diano una *giusta interpretazione* di quanto è stato constatato sull'effetto dell'adrenalina per rapporto ai vasi sanguigni. Da tutti fu sollevato il timore che desse luogo a ateromasia o indurimento delle arterie. Ora, dopo quanto mi fu dato rilevare, è a ritenersi che non trattasi di vera ateromasia ma di semplice deposito (che credo transitorio) di sali calcarei nelle arterie, d'incrostazione delle pareti. Ben diversa quindi è l'interpretazione.

Mi fu obbiettato da vari autori esteri ed italiani se le dosi dell' adrenalina usata non siano troppo forti.

Ritengo siano esagerati i timori espressi da qualche collega se considero quanto accadde nei miei casi, in uno dei quali, il secondo, in meno di tre mesi potei praticare impunemente 104 iniezioni, alcune di $^1/_2$ centimetro cubo, ma altre anche di 1 centimetro cubo.

Certo è che dopo 8, 10, 12 giorni di iniezioni vengono in scena fenomeni di intolleranza, quali suffusioni al viso, senso di soffocazione, di oppressione al petto, ecc., ma allora si sospende. Ebbene mi accadeva che le pazienti rimanevano bene per alcuni giorni, 4, 5, 7, 8, dacchè non si faceva più il trattamento, ma poi riprendevano i fenomeni osteomalacici (dolori alle ossa, insonnia, ecc.), e le ammalate stesse reclamavano di nuovo le iniezioni che prima avevano respinte spaventate dei disturbi che avevano provato.

Ebbi in realtà anzi a constatare che tanto più è sopportato il rimedio quanto più acuti sono i fenomeni osteomalicici. Ed in vero, (dopo passato parecchio tempo da che la malata era in completo benessere) rilevai che la paziente che aveva sopportato prima 104 iniezioni in men di tre mesi, dopo non sopportò più nemmeno la seconda, perchè ebbe subito i fenomeni d'intolleranza. Ciò dimostrerebbe realmente che nelle osteomalaciche è sopportata l'introduzione di adrenalina pel semplice fatto che noi suppliamo per tal modo a una deficienza dell' organismo. Ma quando tale deficienza non esiste più, l' organismo più non sopporta il rimedio.

Ciò spiegherebbe anche le possibili recidive.

Dato infatti la teoria da me esposta che l' osteomalacia possa dipendere da una deficiente funzione delle capsule surrenali, devono aversi delle recidive, giacchè noi colle iniezioni di adrenalina non modifichiamo in meglio l' organo deficiente, ma unicamente aggiungiamo quel di più di secrezione che all' organismo manca, e quando questa aggiunta è consumata, riprendono i disturbi.

Ed invero nelle varie interruzioni il benessere perdurava 5, 6, giorni (trattavasi di gestanti osteomalaciche), ma poi consumato il rimedio introdotto e la gravidanza proseguendo a stabilire lo squilibrio fra il bisogno e la deficiente funzione, riprendevano i fenomeni osteomalacici.

Ne consegue che la riprova della teoria da me esposta della influenza delle capsule surrenaii sull' ossificazione dello scheletro si può avere particolarmente nelle osteomalaciche durante la gravidanza, quando cioè l' aumentato metabolismo mette in maggiore evidenza la deficiente funzione delle ghiandole surrenali, dando luogo ai veri fenomeni *progressivamente acuti* dell' osteomalacia.

Che se ci troviamo di fronte a casi riacutizzati dalla gravidanza, ma non cronici, potremo ottenere, come si ebbe nel primo mio caso, anche una vera *restitutio* ad *integrum* dello scheletro.

Non è presumibile poter avere una *restitutio* ad *integrum* dello scheletro quando si sono già stabilite vecchie alterazioni. Tanto meno quindi sarà probativo il trattamento quanto più si tratta di forme croniche e, peggio ancora senili.

Ciò soggiungo per evitare la sfiducia che può insorgere a tutta prima quando non si ottengono risultati felici nei casi senili o non classici di osteomalacia. La riprova insomma si deve cercare nei casi in cui il metabolismo è nella sua maggiore attività e cioè nelle gravide osteomalaciche oppure nei casi di riacutizzazione di preesistente osteomalacia.

Potrebbe sollevarsi il timore che l' adrenalina possa esercitare un' azione ecbolica durante la gravidanza. Studiai la questione anche da tale lato ed ebbi a constatare che nel mentre l' estratto di ghiandole surrenali esercita un utile ed efficace se non costante azione rafforzatrice delle contrazioni uterine quando l' utero è in sopraparto, nulla è la sua azione sul muscolo uterino all' infuori del sopraparto e cioè durante la gestazione.

Posso quindi fin d' ora, per quanto incidentalmente, affermare che gli estratti di ghiandole surrenali sono da mettersi nel gruppo

del chinino e dello zucchero quali rafforzatori del muscolo uterino durante il sopraparto. Epperò, lungi dal formulare affermazioni assolute, parmi poter ritenere che finora i risultati clinici ed i resultati sperimentali concorderebbero nel permetterci di ritenere e stabilire:

1° Che le ghiandole surrenali hanno una importante funzione nel metabolismo, quella di favorire il deposito dei sali calcarei nello scheletro e quindi di accelerare l' ossificazione, e che perciò la deficiente loro funzione è origine di osteoporosi, fatti questi che prima non erano conosciuti nè erano stati studiati dai fisiologi e dai patologi;

2° Che, constatato tale fatto, l' applicazione clinica logica che ne deriva e che finora clinicamente nei varî casi potei anche in parte stabilire, è che l' osteomalacia possa trovare la sua patogenesi o (qualora debbasi all' osteomalacia ascrivere una poligenesi) in parte la sua patogenesi in una deficiente funzione che si spiegherebbe particolarmente nella gravidanza nella quale gli organi del ricambio sono obbligati ad un maggior lavoro.

E per conseguenza ne verrebbe logica la terapia fondata sulla introduzione nelle osteomalaciche di estratti di ghiandole surrenali onde sostituire la deficiente secrezione. Tutti, ed io pel primo, dobbiamo essere prudenti nell' entusiasmarci per gli effetti dell' adrenalina che parrebbe ora divenuta la panacea universale, ma è utile che le esperienze cliniche da me iniziate con felici risultati vengano dai colleghi continuate usando le opportune precauzioni contro le possibili intossicazioni.

3° Che pure in base a tale fatto un' altra utile applicazione potrà farsi a questo riguardo, oltrechè per l' indirizzo da darsi agli studi sulla patogenesi del rachitismo, per la profilassi delle viziature pelviche per rachitismo (1). La somministrazione di succhi di cap-

(1) A tale riguardo mi è grato pubblicare quanto il Prof. Jovane, aiuto della Clinica Pediatrica dell' Università di Napoli, mi scriveva in data del 2 Novembre ultimo scorso:

« Fu precisamente dopo che io lessi sul Tommasi di questo anno che Ella aveva usato con « grande successo l' adrenalina, che mi determinai ad usarla nel rachitismo ».

« All' uopo iniziai una triplice serie di studi:

« 1° Somministrai ad 11 bambini classicamente rachitici e dell' età di 14 e 22 mesi dosi « crescenti di soluzioni di adrenalina al millesimo (Cleis e Parke-Davis) da un decimo di centi- « metro cubico in gironi alterni, avendo avuto cura di scegliere soggetti che, per le note di « rachitismo avanzato non si reggevano in piedi od appena un poco. Ho notato che in tutti dopo « le iniezioni che al massimo sono state in numero di 15, la stazione eretta era molto più ferma « e qualcuno cominciava spontaneamente da se solo a fare dei passi. Evidentemente la tonalità « muscolare si era grandemente rafforzata. Solo in due bambini ebbi fenomeni d' intolleranza, « per cui fui costretto a sospendere le iniezioni per alcuni giorni per riprenderle in dosi minori »...

Napoli 2 Novembre 1907.

Antonio Jovane.

sule surrenali in bambine rachitiche, accelerando l' ossificazione dello scheletro, *oltrechè costituire una logica cura pel rachitismo*, potrà togliere la sproporzione fra il peso e la gravitazione delle parti molli e la poca resistenza delle ossa, e quindi impedire la deformazione delle ossa, nel che pure sono incoraggiato a sperare da alcuni casi sperimentati.

Al presente riassunto unisco 12 figure radiografiche dalle quali con maggiore evidenza potrà apparire quanto sopra esposi.

MALATTIE DEGLI ORGANI
che ànno rapporto coll'apparato genitale

Caduta l' artifiziosa e vecchia distinzione tra ostetricia e ginecologia, oggigiorno la scienza ostetrica-ginecologica non si deve, nè si può limitare allo studio della conservazione della specie (ostetricia) e della profilassi e cura degli organi a ciò destinati, (ginecologia), ma à davanti a sè un campo molto più vasto.

Il ginecologo odierno non può nè deve ignorare le malattie degli altri organi che possono avere rapporto con quelle genitali non solo, ma deve conoscere, come il chirurgo generale, tutte le malattie che colpiscono gli organi addominali in genere; sia per quanto possono aver rapporto colla nostra scienza, sia considerate in sè stesse; e ne diremo brevemente le ragioni.

La diagnosi delle malattie degli organi addominali offre al sanitario le più gravi difficoltà, e non v'à clinico esperto che non abbia avuto delle sorprese addiritura inaspettate.

Il Ginecologico, pur fondandosi su criteri razionali può diagnosticare una malattia degli organi genitali, aprire l'addome e trovarsi di fronte a una forma morbosa di un altro organo. Deve egli, sol perchè si chiama ginecologo, chiudere la breccia laparotomica per rimanda e la paziente al chirurgo generale? Deve egli a cuor leggero sottoporre inutilmente una povera inferma a tutti i pericoli della anestesia generale e di una laparotomia per rispettare un'artifiziosa divisione di lavoro nel campo chirurgico?

Ma anche ammettendo che trattandosi di malattie extra-genitali il ginecologo voglia farne (uso cambiale) una girata al chi-

giorni di cura. Radiogram eseguita il 14 Giugno 1907.

Incidenza antero-posteriore.
Distanza dal tubo 50 cm.
Tubo Müller N. 10. Schiameter Walter.

Fig. 5.

Radiografia del bacino di una pecora nella quale si era provocata l' osteomalacia mediante la estirpazione della capsula surrenale sinistra.

N.B. — Si osservi come l'osteoporosi è assai più grave dal lato sinistro, cioè dalla parte da cui fu tolta la capsula surrenale.

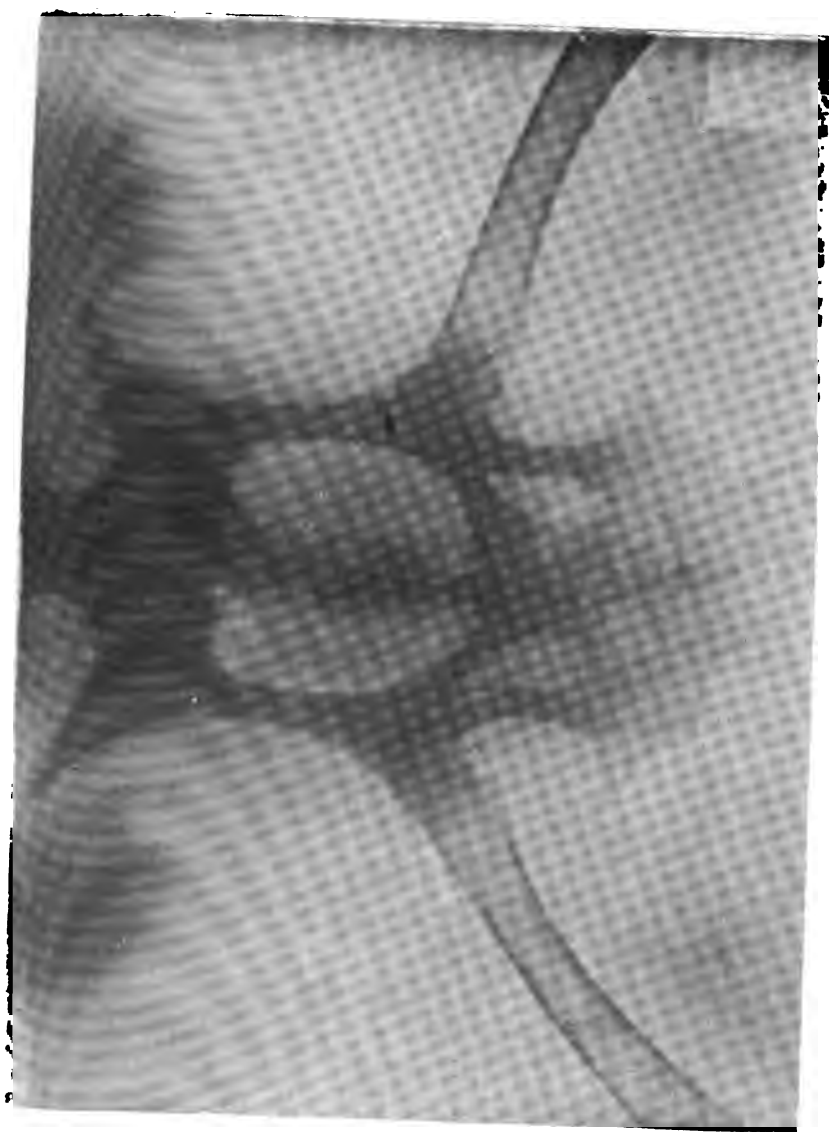



Fig. 6.

Bacino della seconda pecora di esperimento. Pecora non gravida. Radiografia eseguita il 26 Aprile 1907, prima dell' estrazione della ghiandola surrenale di sinistra. Le irregolarità sono dovute ai movimenti fatti dall'animale.

Incidenza antero - posteriore.
Distanza dal tubo 50 cm.
Tubo Müller N. 10. Schiameter Walter.

Fig. 7.

Bacino della seconda pecora di esperimento. Pecora non gravida. Radiografia eseguita il 14 Maggio 1907, 15 giorni dopo l'ablazione della ghiandola surrenale sinistra, poche ore dopo la morte spontanea dell'animale.

Incidenza autero - posteriore.
Distanza dal tubo 50 cm.
Tubo Müller N. 10. Schiameter Walter.

Fig. 8.

Bacino della terza pecora di esperimento. Pecora gravida. Radiografia eseguita il 15 Maggio 1907, avanti l'ablazione della capsula surrenale di sinistra.

Incidenza antero - posteriore.
Distanza dal tubo 50 cm.
Tubo Müller N. 10. Schiameter Walter.

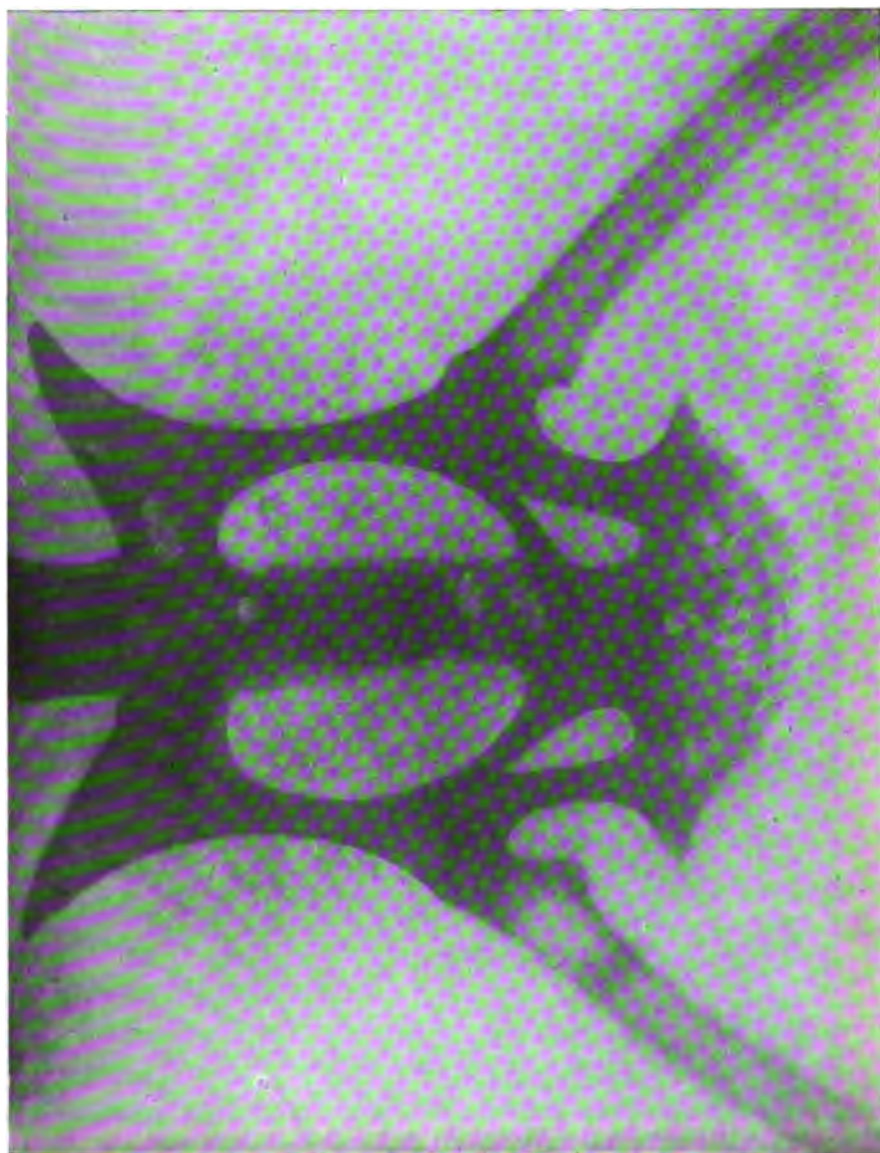



Fig. 9.

Bacino della terza pecora di esperimento (la stessa della fig. 8) Pecora gravida, feto vivo. Radiografia eseguita il 28 Maggio 1907, e cioè 13 giorni dopo l'estrazione di 3/4 della capsula surrenale sinistra.

Incidenza autero - posteriore
Distanza dal tubo 50 cm.
Tubo Müller N. 10. Schiameter Walter.

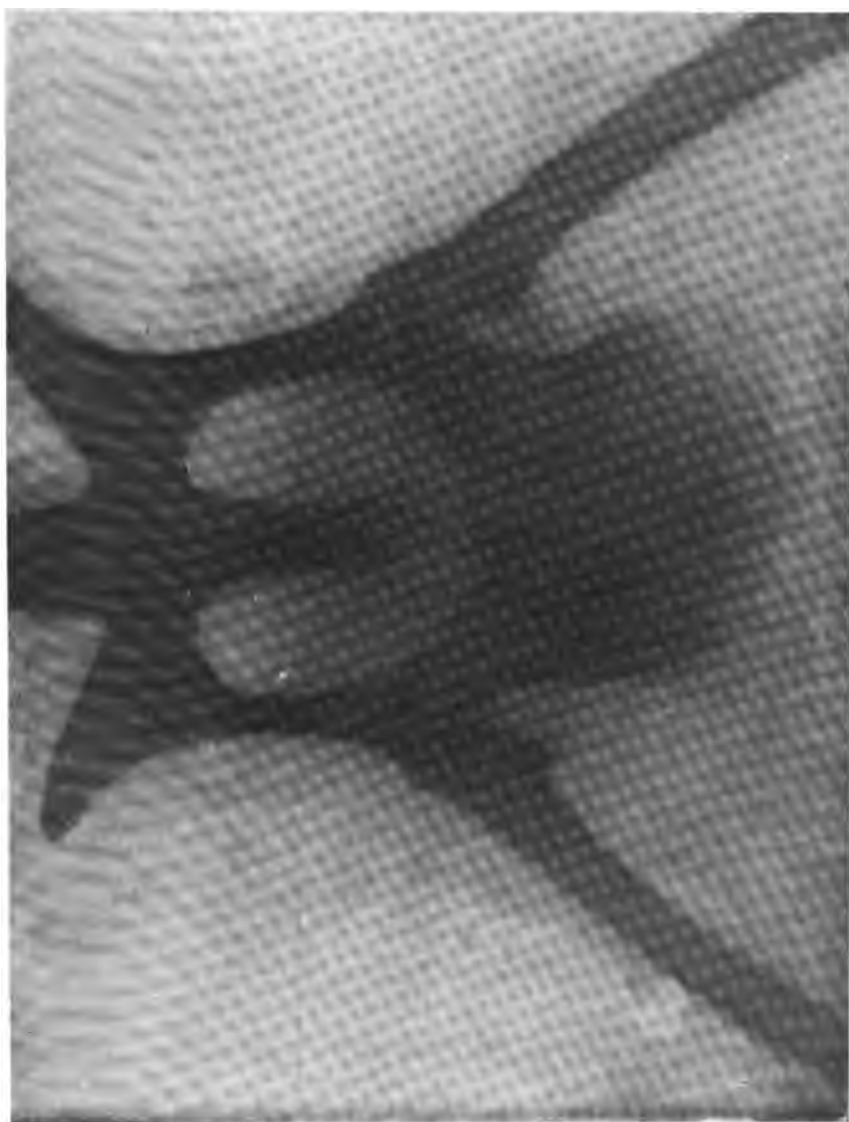



Fig. 10.

Bacino della terza pecora di esperimento (la stessa delle figure 8 e 9). Radiografia eseguita il 14 Giugno 1907 e cioè 16 giorni dopo la radiografia (fig. 9) e 7 giorni dopo il parto spontaneo di feto vivo, e 29 giorni dopo l'estrazione di $^{3}/_{4}$ della capsula surrenale sinistra.

Incidenza autero - posteriore
Distanza dal tubo 50 cm.
Tubo Müller N. 10. Schiameter Walter.

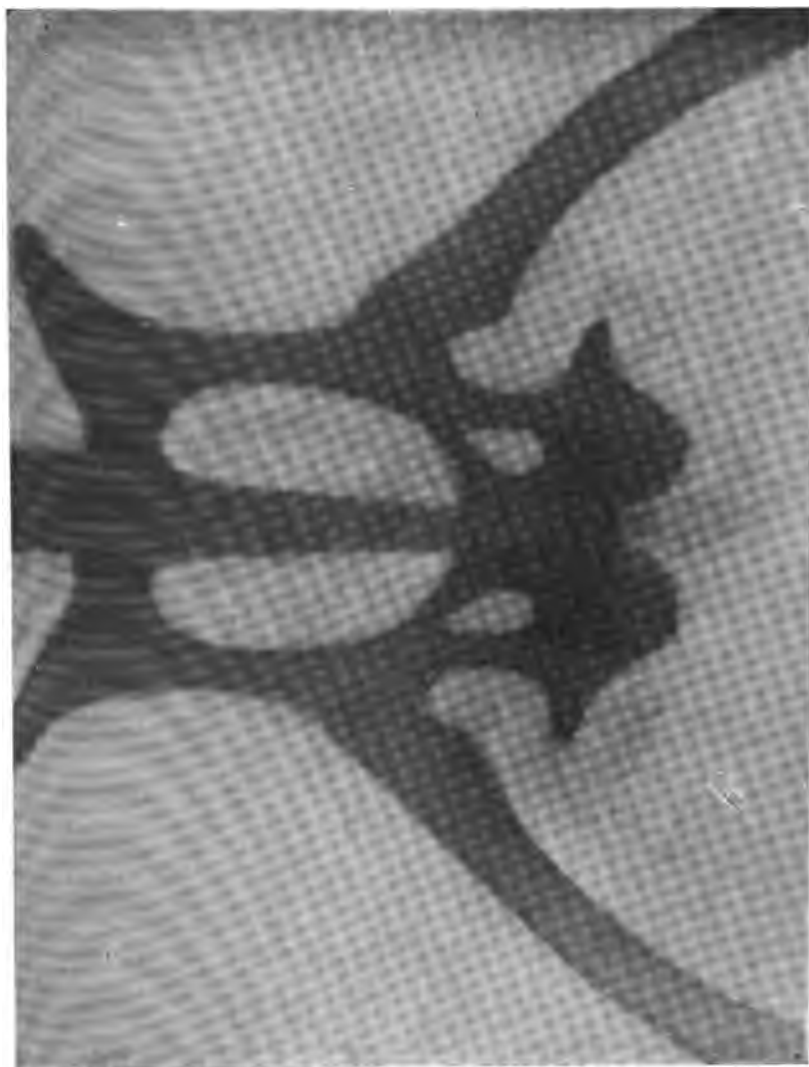



Fig. 11.

Bacino della quarta pecora di esperimento. Pecora gravida. Radiografia eseguita il 28 Maggio 1907 avanti l'ablazione in totalità della capsula surrenale sinistra.

Incidenza autero - posteriore
Distanza dal tubo 50 cm.
Tubo Müller N. 10. Schiameter Walter.

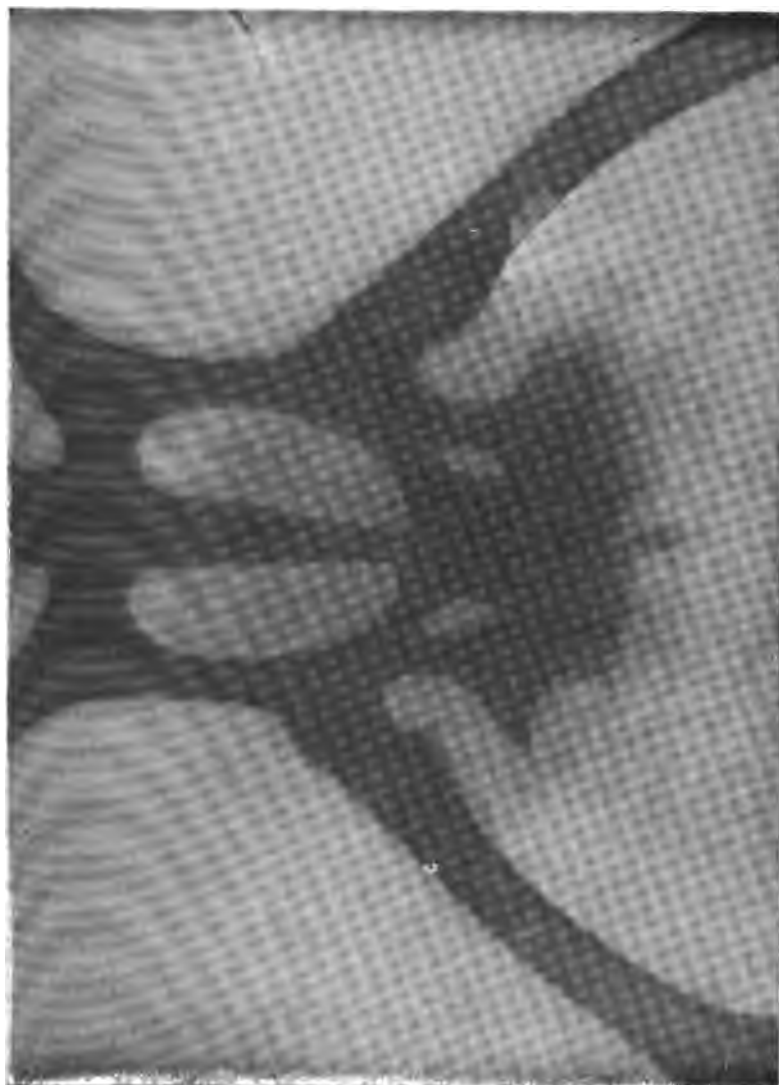



Fig. 12.

Bacino della quarta pecora di esperimento (la stessa della fig. 9) Pecora puerpera da 3 giorni. Radiografia eseguita il 14 Giugno 1907 e cioè nella 14 giornata dopo l'ablazione totale della capsula surrenale sinistra.

Incidenza autero-posteriore
Distanza dal tubo 50 cm.
Tubo Müller N. 10. Schiameter Walter.

rurgo, non à egli almeno il dovere, trattandosi di diagnosi difficili, di esplorare, col tatto e colla vista, il cavo addominale e stabilire esattamente la diagnosi?

Se sì, come è posibile adempiere a questo dovere senza la conoscenza dei morbi addominali?

La diagnosi di tali malattie, anche coll'aiuto della laparotomia esplorativa, è certamente più difficile che non la cura chirurgica.

Quindi è logico ed umano che il ginecologo, il quale vuole trovarsi all' altezza dei tempi moderni, debba avere la coscienza prima d' incidere le pareti addominali, di poter diagnosticare ed operare tutte le malattie degli altri organi, che possono essere confuse o complicare le malattie ginecologiche.

Oltre a questi che sono i casi più rari, abbiamo i più frequenti dati da aderenze che possono contrarre gli organi genitali ammalati con i vicini.

Necessita quindi al ginecologo di conoscere la chirurgia dell'apparato gastroenterico degli organi urinari, ecc.

Inoltre vi sono malattie degli organi endo-addominali che complicano la gravidanza e richiedono l' attenzione e la cura dell'ostetrico.

Da quanto abbiamo detto risulta chiaramente che l' ostetrico-ginecologo moderno non deve limitare il suo campo allo studio dell'apparato genitale femminile, ma anche a quello di tutti gli altri organi che possono avervi rapporto.

Di tali malattie si occuperà la presente rubrica, nella quale saranno illustrate le principali forme morbose che più direttamente interessano l'ostetricia e la ginecologia moderna.

LA PIELONEFRITE GRAVIDICA

Una delle malattie degli organi addominali che può complicare la gravidanza è la pielonefrite, che nei casi leggeri può passare inosservata, ma non sempre decorre in modo così favorevole. Molte volte si presenta con sintomi così allarmanti da richiedere tutta l' attenzione dell' ostetrico, e se non viene diagnosticata in tempo, può mettere a repentaglio il prodotto del concepimento ed anche la stessa vita della paziente.

Come regola generale, il sanitario che sorveglia una donna incinta non deve mai dimenticare la funzione del più importante

emuntoio dell'organismo cioè, del rene. Sappiamo come quest' organo, esclusivamente per lo stato gravidico, anche quando tutto decorre fisiologicamente, è soggetto ad un iperlavoro che può mettere in evidenza uno stato di insufficienza relativa.

Un rene che fuori della gravidanza è sufficiente ai bisogni dell'organismo, può non esserlo più per il solo fatto dell' eccessivo lavoro fisiologico. Perciò tutte le volte che la paziente accusa dei sintomi che possono far pensare ad accumuli di materiali tossici in circolo, l'ostetrico deve correre col pensiero al rene.

Ma se si associano a questi fatti anche quelli di un processo infettivo della pelvi, l'esame della funzione renale va fatto in modo accurato per stabilire il trattamento più opportuno. Come regola generale, quando la eliminazione delle scorie del ricambio materiale è incompleta, la prognosi della pielonefrite è più grave e richiede le cure più intelligenti del sanitario.

Se invece il rene funziona bene e non vi sono a temere fatti di avvelenamento da ritenzione, la prognosi ordinariamente è favorevole perchè le pielonefriti in gravidanza si risolvono nella maggior parte dei casi con una semplice cura medica.

Cura medica. — Si prefigge due scopi: 1.° favorire la eliminazione delle scorie del ricambio materiale; 2.° disinfezione delle vie urinarie.

Il primo si raggiunge stabilendo una dieta prevalentemente lattea (se tollerata dalla paziente); col facilitare le funzioni intestinali con purganti e clisteri salini; col promuovere il sudore, con mezzi fisici, non chimici.

Il secondo scopo si ottiene colla somministrazione di sostanze che disinfettano le vie urinarie, come l'acido benzoico, l'urotropina e l'*helmitol.* Con questa semplice cura la pielonefrite in gravidanza, o guarisce in un tempo più o meno lungo, oppure i fenomeni morbosi si attenuano sino al punto che la paziente si crede guarita, e scompaiono dopo il parto.

Trattamento chirurgico. — Se la cura medica non dà risultati soddisfacenti e le condizioni della paziente sia generali che locali richiedono l' opera del chirurgo, c' è da mettersi il quesito se conviene agire di preferenza sul prodotto del concepimento oppure sul rene malato. Se predominano i fatti nefritici in grado tale da avere una forte diminuzione dell' urea e dei cloruri, anche come profilassi di accidenti più gravi che possono insorgere nel corso della gravidanza, conviene interromperla; se invece le condizioni

del rene sono buone e i fatti principali sono imputabili al processo pielitico, è da preferirsi la cura chirurgica propriamente detta. Non conviene in questi casi ricorrere alla distensione vescicale di Pasteau, nè al caterismo degli ureteri, perchè sappiamo essere queste manovre molto delicate e pericolose durante la gravidanza.

Perciò conviene ricorrere senz' altro alla nefrotomia la quale è ben sopportata dalle donne incinte, e, anzichè essere dannosa all'ulteriore decorso della gravidanza, ne facilita lo svolgersi fisiologico, perchè coll' atto operativo non facciamo altro che seguire l' aforisma dalla scuola salernitana: *ubi pus ibi evacua;* e quindi liberare la paziente da una infezione che, non domata, può mettere a repentaglio la vita del feto e della madre.

J. Audebert (Paris): *Il complesso sintomatico della malattia di Basedow come espressione della autointossicazione in gravidanza.* — Ann. de gyn. et d'obstetr. 1906 settembre,

Una donna fin qui sana si ammalò nell'8° mese della sua seconda gravidanza di albuminuria, anasarca, dispnea, uremia con interruzione precoce della gravidanza. Durante i giorni seguenti vi si associarono i sintomi cardinali della malattia di Basedow. Il trattamento con il succo della ghiandola tiroide restò senza frutto. Soltanto dopo un tempo di cura lattea continuata i sintomi basedowiani andarono attenuandosi insieme cogli edemi e la dispnea e scomparvero circa due mesi dopo. Solo rimase la tachicardia più a lungo per circa cinque mesi. Il nato allevato dalla madre si sviluppò.

Ora qui son possibili due spiegazioni; o si trattava di un vero Basedow, che sotto l'influenza della gravidanza si sviluppò e dopo il suo termine svanì lentamente; oppure i sintomi dell'esoftalmo, dello struma. la tachicardia, il tremore. si devono considerare come conseguenze secondarie di una intossicazione della gravidanza.

Il decorso della sindrome basedowiana in questo caso è contrario alla prima ipotesi, in quantochè i sintomi insorsero così improvvisamente e rimasero solo un paio di giorni all'acme. D' altra parte è ben verosimile che le sostanze tossiche, prodotti del ricambio della gravida, non solamente dessero i loro effetti con l'albuminuria, l' anasarca, l'uremia, ma anche che avessero alterato il sistema nervoso della paziente specialmente il sistema del gr. simpatico.

Si son già visti, del resto, in certe infezioni ed intossicazioni comparire i sintomi del morbo di Basedow (nella sifilide, nel tifo, nella metrite, nella blenorragia, nell'influenza e nel reumatismo). *Donzella.*

Adamson: *Pielonefrite come complicazione del puerperio* — Zentr f. Gynäk. N. 46, 1907.

Ritenzione completa dell' urina in entrambi i casi pubblicati e cateterismo ripetuto durante questo tempo. La prima paziente nel 20° giorno cominciò ad avere febbre, cefalea, vomiti, nell'urina si trovò 1 °/₀₀ di albumina, pus abbondante ed epitelii dei bacinetti. Furono anche dimostrati nell'urina in più esami bacilli della tubercolosi e colibacilli. Da prima fu somministrato acido borico, più tardi salolo e chinino per via interna in dosi elevate. Con una dieta corroborante la guarigione avvenne in maniera completa. Evidentemente si trattava di un processo

tubercolare renale latente al quale si unì l'azione di germi secondarii importati col cateterismo, i quali riuscirono a raggiungere i bacinetti.

Il secondo caso non complicato da tubercolosi decorse in modo più benigno. I primi sintomi: febbre, dolori nella regione lombare, cilindri granulosi ed epiteliali ed abbondanti corpuscoli purulenti nell'orina — senza sintomi di cistite come nel caso precedente — comparvero quindici giorni dopo il parto e svanirono con trattamento interno con ac. borico e salolo in 6 giorni. L'*A.* deduce dalle sue osservazioni che il cateterismo non dev'essere affidato al personale di assistenza e che dove questo è necessario si deve somministrare profilatticamente acido borico o salolo. *Donzella.*

PROF. DR. G. LEOPOLD E DR. A. RAVANO: *Neuer Beitrag zur Lehre von der Menstruation und Ovulation* — (Nuovo contributo allo studio della mestruazione ed ovulazione) Archiv. für Gynäkologie. Band 83. Heft. 3.

Questo lavoro, che fa seguito a precedenti indagini sullo stesso argomento fatte nella Clinica di Dresda da Leopold e da Mironoff, ha per iscopo di studiare se l'ovulazione e la mestruazione si manifestino contemporaneamente o no, se cioè l'ovulazione possa precedere o seguire la mestruazione, effettuarsi fra due intervalli, ed aver luogo malgrado l'assoluta mancanza della mestruazione; infine se possa aversi mestruazione senza ovulazione. A tal uopo fu in primo luogo studiato il successivo comportarsi del corpo luteo dalla sua prima formazione fino alla settima settimana inclusa, e furono perciò esaminate più di 300 ovaia contenenti corpi lutei di tutte le età, ottenendo per risultato di conoscere con quali modalità il corpo luteo passa attraverso le sue diverse fasi, fin quasi alla sua scomparsa. Si potè quindi constatare che il corpo luteo, che al suo primo formarsi appare come un coagulo di sangue, presenta già alla fine della prima settimana un contorno alla sua periferia, contorno ancora indeciso sia per colore, sia per consistenza. In questo stadio il contenuto del corpo luteo è dato soltanto da corpuscoli sanguigni e da muco. Nella seconda settimana il contorno appare ben delineato ed assume un colorito giallo, e verso la fine misura circa due millimetri di spessore. All'esame microscopico si notano cellule, luteiniche, fra le quali a poco a poco, vanno formandosi cellule di connettivo. Il coagulo, che alla fine della settimana si mostra già rimpicciolito, consta di corpuscoli di sangue, di muco, e di una rete di fibrina.

Nella terza settimana i corpuscoli di sangue perdono gradatamente la loro forma, ed a poco a poco cominciano a scomparire, venendo lentamente rimpiazzati dalle cellule luteiniche che occupano sempre maggior posto. In questo periodo la corteccia assume un giallo assai appariscente, ed il suo spessore arriva a quattro millimetri. In essa si osservano cellule luteiniche e filamenti di connettivo, formati in maggior parte da cellule affusolate, che partendo dalla periferia si dirigono al centro. In seguito queste modificazioni vanno maggiormente accentuandosi: la corteccia aumenta sempre di volume a detrimento del coagulo primitivo, ma già alla fine della quarta settimana l'intero corpo luteo si presenta diminuito di volume e questo raggrinzamento si fa sempre più manifesto, finchè alla fine della settima settimana il corpo luteo misura circa mezzo centimetro di diametro, il colore delle sue parti è pressochè uniforme (grigio sporco) ed il coagulo, se pur si riesce ancora a differenziarlo, è ridotto ad un punto.

I casi che furono in questo lavoro presi in considerazione furono solamente quelli nei quali tutto fu possibile conoscere nel modo il più esatto, col più grande riguardo non solo alle ultime mestruazioni, ma anche alle precedenti: le ovaia che fornirono il materiale furono scelte fra quelle che si presentavano normali sotto ogni rapporto, e ciò allo scopo di evitare che una qualsiasi malattia de l'ovaio avesse potuto influire sulla sua funzionalità.

Unendo ora i risultati ottenuti da questo lavoro con quelli dei due precedenti, e ciò allo scopo di poter disporre di un ampio materiale (95 casi) si sono potute trarre le seguenti conclusioni:

1.° — La mestruazione, cioè la periodica fuoriuscita di sangue dalla mucosa uterina, dipende dalla presenza delle ovaia e dalla speciale struttura della mucosa dell'utero, e non dal semplice scoppio di un follicolo di Graff.

2.° — Poco prima e durante lo scoppio di un follicolo di Graff, ha luogo generalmente nell'ovaio un abnorme afflusso di sangue: questa colla maggior probabilità la causa, per cui spesso mestruazione ed ovulazione si avverano contemporaneamente.

3.° -- Avvenuto lo scoppio di un follicolo di Graff, si forma un corpo luteo, di cui, con una certa sicurezza, se ne può stabilire l'età dal suo inizio fino alla settima settimana.

4.° — L'ovulazione segue alle volte un ciclo periodico, alle volte si effettua saltuariamente: però nella maggior parte dei casi essa ha luogo contemporaneamente alla mestruazione.

5.° — In più di un terzo di tutti i casi ovulazione e mestruazione non coincidono.

6.° — L'ovulazione può effettuarsi in qualsiasi tempo, anche se non vi sia affatto mestruazione: questo sta probabilmente a dimostrare che, in via straordinaria, la concezione si può ugualmente verificare in qualsiasi tempo.

7.° — La mestruazione può aver luogo senza l'ovulazione.

8.° — Anche nel tempo dell' involuzione senile delle ovaia, si possono riscontrare ancora follicoli e corpi lutei perfettamente normali, ciò che dimostra che l'ovulazione può sopravvivere alla mestruazione. (*Autoriassunto.*)

DOTT. ALBERTO RAVANO: *Ueber die Frage nach der Thätigkeit des Eierstocks in der Schwangerschaft.* (Sulla questione della funzionalità delle ovaia in gravidanza). — Archiv. für Gynäkologie. Band 83. Heft 3.

In questo lavoro l'autore si è prefisso di rispondere alla domanda, se l'ovaio possa o meno, in tutto od in parte, conservare la sua funzione durante lo stato gravidico. A questo scopo furono fatte pazienti ed imparziali ricerche tanto macroscopiche quanto microscopiche sopra più di cento casi, dei quali però solamente sessanta furono presi in considerazione, quelli cioè di cui fu possibile avere con esattezza ogni dato clinico, e i di cui preparati non presentavano alcuna irregolarità dal lato anatomo patologico. Questi preparati anatomici provennero in parte da tagli cesarei metodo Porro, in parte da pazienti che, per cause diverse, vennero a morte pochi giorni dopo il parto. Le conclusioni che furono tratte dallo studio di questo materiale sono state così formulate:

1.° — Non vi è alcuna differenza sia per forma, sia per sostanza, sia ancora per contenuto fra il corpo luteo della mestruazione e quello della gravidanza. Perciò la denominazione di corpo luteo vero non è da accettarsi, tutti dovrebbero chiamarsi corpi lutei veri, tanto nel caso che da essi sia fuoriuscito un uovo stato poi fecondato, quanto nel caso in cui la fecondazione non abbia avuto luogo.

2.° — Si deve respingere l'odierna credenza che il corpo luteo della gravidanza permanga nell'ovaio per tutta la durata di essa, giacchè esso, sebbene raramente, può scomparire durante la gravidanza senza lasciare alcuna traccia di se.

3.° — Nella maggior parte delle gravide si trova una tendenza all' ovulazione.

4.° — In alcuni casi si ha durante la gravidanza una ovulazione completa.

5.° — L'ovulazione in gravidanza non è un fatto molto raro, perchè si avvera presso a poco nel 5 °/₀ dei casi. (*Autoriassunto.*)

PANKOW: *Si deve asportare l' appendice nelle laparotomie ginecologiche?* — Münch. med. wodh. 1907. N. 30.

La proporzione dei casi di donne che si sottomettono ad operazioni laparatomiche per malattie dei genitali e nelle quali è malata anche l'appendice è più alta della media di Edebohls (10 °/₀): di 147 casi 82 presentavano alterazioni dell'appendice cecale: 36 erano esenti da tali alterazioni: perciò si aveva nel 60 °/₀ dei casi l'appendice malata. Pankow crede che le malattie di questo organo sieno l'origine di malattie degli annessi, di aderenze e stenosi dell' ostio tubarico con consecutiva sterilità. Egli opina che si debba in tutte le laparatomie asportare l' appendice, anzi afferma che si debba preferire la via laparatomica nelle operazioni sugli organi pelvici onde aver agio di fare l'appendicectomia.

Donzella.

LEOPOLD (Dresda) *Nuove esperienze sopra l'ebosteotomia e la posizione di questa nella pratica ostetrica.* — Zentr. f. Gynäk. 1907. N. 43. p. 1319.

La Tecnica è la seguente: In narcosi profonda e con l'aiuto di un assistente si trafigge la pelle a destra o a sinistra della sinfisi pubica in corrispondenza della spina del pube; quindi si infigge l'ago ottuso di Döderlein sotto la cute, col controllo dell'indice dell'altra mano introdotto in vagina, e si guida dall'alto in basso in modo che la punta dell'ago venga a comparire tra il grande ed il piccolo labbro a circa un dito trasverso dall'angolo sottopubico. A questo momento si uncina la sega; si tira a ritroso dal basso all'alto e si sega l'osso.

Dall'esperienze della Clinica di Dresda, che poggiano sopra 60 casi, Leopold arriva a queste affermazioni:

1.° — L'ebosteotomia dev'essere tenuta in considerazione seria nei casi di C. V. fra 6 $^1/_2$ ed 8 cm. Il miglior modo di passare l'ago di Döderlein sottocute è dall'alto in basso. Con sufficiente esercizio le lesioni della vescica vengono evitate.

2.° — Dopo l'ebosteotomia, che noi pratichiamo solamente a dilatazione completa, deve essere liberata la donna operativamente col forcipe od il rivolgimento secondo la presentazione. Le lacerazioni della vagina, casualmente prodottesi, si devono ricucire diligentemente. Se nell'urina compare del sangue vien posto in vescica per più giorni un catetere a permanenza.

Leopold crede che la blenorragia sia una controindicazione all'operazione. Quando essa è certamente esistente si dovrebbe discutere l'intervento, secondo il caso, coll'operazione di Porro, col taglio cesareo extraperitoneale ed anche colla craniotomia a feto vivo.

L'A. i[illegible]e sul precetto che non deve tentare l'ebosteotomia che quell'ostetrico il qua[illegible]sente maturo al compito di condurla a termine e a tutte le eventualitá; se [illegible] egli deve piuttosto craniotomizzare il feto vivo, quando non gli è possibile di trasportare la paziente in una Clinica, poichè la vita della madre conta molto più che quella del bimbo. *Donzella.*

DOTT. STREMPEL (Posen): *Contributo al trattamento della eclampsia secondo Bumm.* — Zentr. f. Gynäk. 1907, N. 43.

« Liberare la donna rapidamente dal feto e mettere in opera con tutta prontezza i mezzi terapeutici raccomandati da Bumm sono le due condizioni per diminuire la mortalità da eclampsia, purchè questo concetto e le cognizioni necessarie a metterlo in pratica diventino ben famigliari a tutti medici pratici ». A questa conclusione giunge l'*A.* dopo aver trattato particolarmente di un caso di eclampsia, il più grave che gli sia capitato mai.

Liberò la paziente con incisioni del collo e forcipe alle 3,30 del 12 luglio: quindi cominciò il trattamento medico.

Respirazione artificiale nei momenti di cianosi o di arresto della respirazione: impacco freddo e flagellazione con lini inzuppati di acqua fredda: iniezioni eccitanti di olio canforato e caffeina nei momenti in cui lo stato del polso o del sensorio lo richiedeva: secacornin: morfina nei momenti convulsivi pericolosi: massaggio del cuore e flagellazioni della regione precordiale con lini bagnati freddi.

Gli impacchi freddi, le flagellazioni, il massaggio del cuore, la respirazione artificiale, sono adoperati con vece alternata, secondo l'indicazione, ed a lungo per $^3/_4$ d'ora e più ogni volta e ripresi ad intervalli brevi: l'ipodermoclisi fu fatta due volte 600 e 500 cm. c. Nel momento più saliente del decorso di questa eclampsia si ebbe anche edema polmonare. Pure la paziente riacquistò gradatamente un buon polso e profondi atti respiratori a cominciare dalla notte fra il 14 e 15 luglio: l'urina arriva il 15 a 1400 cm. c., contiene traccie di albumina, mentre al primo esame si coagulava in massa al calore. Al 20° giorno, dopo un periodo di lipemania durata 10 giorni, la paziente si alza, ed esce al 27° guarita.

Donzella.

PARTE II.

PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

La ginecologia forense nella causa per contestata paternità del Principe di Pescara marchese Del Vasto.

PREMESSA.

Da ben 21 anni, dal marzo 1886, nei Tribunali di Napoli s trascina una causa civile per impugnata paternità, nella quale la medicina legale è stata chiamata a dire l'ultima parola.

Tale causa offrì indubbiamente un grande interesse così per l'intreccio dei fatti per sè, che fornirebbero buona materia per un dramma emozionante, come per le persone che vi agiscono, quali appunto la marchesa del Vasto, Cherubina Caturano, il marchese del Vasto, principe di Pescara, la principessa Regina d' Avalos, la principessa di Teora Carolina d'Avalos, ecc., come anche per le conseguenze che ne possono derivare, quale lo spostamento di parecchi milioni e la perdita di un titolo nobiliare quale quello del principe di Pescara e marchese d'Avalos.

Personaggio principale è lo stesso marchese d' Avalos principe di Pescara, tragicamente morto a 42 anni nell' estate scorsa nel noto incidente automobilistico lasciando quattro figli minorenni i quali rimasero completamente orfani, perchè la madre loro era morta in precedenza.

La causa, appunto per la sua entità, ebbe dei patrocinatori di gran fama quali Zanardelli, Gianturco, ecc., e quali ora Guarracino, De-Roberto, Pasquale Grippo, Margotta, ecc.

Ritengo quindi utile e interessante pei lettori della *Ginecologia Moderna* il riassumere le fasi di tale causa e il verdetto medico legale, poichè dopo 21 anni di dibattito si *giunse ad affidare la grande prova definitiva al ginecologo* per il fatto che la madre, o supposta madre, del defunto Principe di Pescara, Giuseppe d'Avalos, la marchesa Cherubina, la quale dapprima (1886), si era mostrata indignata contro gli eredi del fratello del marito per la

impugnata paternità, poi nell'aprile 1889 si associò ad essi contro il figlio dichiarandolo non tale, affermando che ciò era tanto vero che essa si offriva a dimostrare che *mai aveva partorito.*

La marchesa Cherubina Caturano, vedova del marchese Francesco del Vasto, conta ora 63 anni, ed il parto sarebbe avvenuto 42 anni or sono. — Occorreva dunque stabilire, con un esame diagnostico di detta Marchesa, se essa aveva mai partorito ed a tal uopo il Tribunale di Napoli d'accordo colle due parti nominava un collegio peritale formato dai Professori Mangiagalli e Pestalozza e dal sottoscritto; ed invero il 18 ottobre 1907 ci trovammo tutti e tre a Napoli, prestammo il giuramento d'uso e poi ci recammo al Palazzo del Vasto e sottoponemmo la Marchesa ad attento esame, i cui risultati esponemmo poi in una relazione peritale che fu consegnata al Tribunale il 25 novembre u. s.

L'importanza che la perizia assume in questo caso è certo eccezionale ed eccezionali erano le difficoltà di ricercare le impronte fisiche di un parto avvenuto o meno 42 anni avanti. Per quante ricerche abbiamo eseguite, non ci fu dato riscontrare un caso simile nella medicina legale; è quindi, ripeto, d'indubbio interesse così pei sanitari come pei giuristi il conoscerne i particolari. Per essere più completo premetterò in succinto i precedenti che condussero alla perizia.

ANTEFATTO.

Fu nell'ottobre del 1867 che un ricchissimo e nobile napolitano, il marchese Francesco d'Avalos, principe di Pescara, impalmava una modesta popolana facendola sua sposa davanti a Dio e davanti alla legge.

Poco dopo, i coniugi principeschi, Caterina Caturano e Francesco d'Avalos, ritirarono il figlio Giuseppe che dissero nato dalla loro unione il 30 dicembre 1865 e che essi amavano teneramente.

Otto anni dopo l'avvenuto matrimonio, cioè il 1.° giugno 1875, per mezzo del notaio Rosario Ferone i coniugi d'Avalos dichiararono di riconoscere legalmente per loro figlio il minorenne Giuseppe nato il 30 dicembre 1865 nel Palazzo Vasto a Chiaia. Fa seguito un atto giudiziale dello stesso mese d'onde risulta che il 30 dicembre 1865 la marchesa Cherubina d'Avalos partorì un bambino che fu chiamato Giuseppe e la cui nascita non venne dichiarata all'ufficiale di stato civile.

I coniugi d'Avalos allevarono il bimbo, riconoscendolo come figlio loro, amandolo svisceratamente con tutta la tenerezza dei più affettuosi genitori.

Con questi atti e dietro richiesta dei d' Avalos, il 19 giugno 1875 l'uffiziale di stato civile accolse la tardiva dichiarazione di nascita di Giuseppe e dispose che in margine di questa si annotasse il seguito riconoscimento e la legittimazione da parte dei genitori: i coniugi principeschi ebbero così il desiderato e legittimo erede.

Nel dicembre del 1880 i d'Avalos vollero battezzare il loro figliuolo ed a questo proposito il marchese Francesco scrive: « Posso assicurare con giuramento che la signora Cherubina Caturano, che tenevasi come mia moglie e che difatti fu poco appresso da me sposata, nel giorno 30 dicembre 1865 diede alla luce un bimbo al quale fu posto nome Giuseppe e nel periodo di tre giorni circa gli venne in casa amministrato il sacramento del battesimo da un nostro cappellano di famiglia innanzi a varie persone, cioè alla signora Tarolla, donna di buonissima vita, e alla levatrice, per quanto ricordo, di nome Raffaella; però non si ebbe l'avvedutezza di farlo notare nei libri battesimali della parrocchia dell'Ascensione: il quale fanciullo mio figlio è stato educato in nostra famiglia e tenuto come mio figlio, ecc. ».

La principessa Cherubina d'Avalos depose: « Io sono venuta alla vostra presenza per deporre con giuramento, che ciò che à asserito il marchese mio marito è la pura verità, e mi uniformo pienamente alla deposizione fatta da lui e non solo la ò per veritiera, ma la confermo con solenne giuramento, e senza dubbio alcuno la confermo mettendo la mia firma ».

La curia arcivescovile permise la chiesta iscrizione nei libri battesimali della parrocchia dell'Ascensione, che venne eseguita.

Dieci anni dopo circa, cioè il 18 giugno 1885, moriva Francesco d'Avalos lasciando Giuseppe erede del suo patrimonio.

Sorsero allora le più tristi liti tra gli eredi di Francesco e quelli del fratello Carlo premorto, e si giunse a promuovere una contestazione di stato contro Giuseppe.

La principessa Regina d'Avalos citò infatti con rito formale nel Tribunale di Napoli la vedova Cherubina Caturano proponendo una fantastica impugnativa di stato, asserendo che il figlio minore Giuseppe d'Avalos non era figlio dei coniugi d'Avalos, poichè il solenne riconoscimento fattone da essi nel 1875 non era stato che

un inganno per introdurre un estraneo nella famiglia d'Avalos, e soggiunse che il medesimo era figlio legittimo di Raffaele Mazza e di una sorella consanguinea della marchesa d'Avalos, di nome Nicoletta Caturano e che era nato a Napoli il 27 marzo 1866.

La madre si levò ferita nella immensità del suo affetto materno e provvide strenuamente alle difese sue e del figlio; disse che nessuno mai avrebbe potuto dichiarare non vere le dichiarazioni di riconoscimento fatte dai genitori di Giuseppe d'Avalos e nelle quali essi genitori ànno persistito con mille scritture pubbliche e private e che essa madre offre all'universale come prove della verità dichiarata.

Questo dramma, nato come un idillio sereno da una culla attorno a cui una madre ed un padre prodigano le cure più tenere del loro amore sviscerato, raggiunge il massimo grado dell'affetto più profondo quando la madre nasconde nel suo seno il figlio per proteggerlo dagli attacchi selvaggi di Regina d'Avalos.

Questa riconoscendo il proprio torto, dopo aver ottenuto 950,000 lire, con atto del 1888 rinunciò all'azione di contestazione di stato dichiarando di riconoscere nella persona di Giuseppe d'Avalos il figlio legittimo del defunto Francesco di Pescara.

Intanto veniva in luce un testamento *privato* del marchese Francesco, che trovavasi nelle mani di un notaio, il quale istituiva erede universale la moglie lasciando a sua cura di dare al loro figlio quanto gli spettasse per legge.

Non si sa per quali moventi, la madre mutò contegno e si schierò contro il figlio; essa ebbe a dichiararsi da lui trattata irriverentemente.

Cherubina Caturano giunse ad affermare che Giuseppe non era figlio suo e di Francesco D'Avalos, rinnegando così le confessioni fatte a pro del suo figliuolo nel corso giudizio e le mille scritture che esistono a conferma del riconoscimento medesimo fatto solennemente da entrambi nel 1875 e giurando che essa *non aveva mai partorito*.

Breve riassunto dei risultati della perizia.

Dovevasi quindi rispondere al quesito: è vero che la vedova Cherubina del Vasto non à mai partorito? La parte contraria aveva prevedute le difficoltà di poter risolvere il quesito medico-legale, e presentò infatti giudizî di varî ginecologi spagnuoli, te-

deschi e italiani fra cui Cortiguera, Morisani, Porro, Kunstner, ecc., nei quali tutti venivano affermate tali difficoltà.

Ci accingemmo perciò al lavoro peritale con tanto maggior impegno allo scopo di superare i prevedibili ostacoli e giungere ad una seria e coscienziosa conclusione ma non meno incerti se tale conclusione avrebbe potuto essere risoluta. Presente a tutto l'esame diagnostico fu l'attuale marito (si era rimaritata verso il 1890) Marchese Caraccio Principe del Sole e la cameriera di fiducia; vi presenziò pure in qualità di Avvocato perito il Professor Miranda incaricato dalla parte avversaria di constatare come l'esame veniva fatto.

Evidentemente si dovette essere molto minuziosi e completi, e ciò turbò sovente la paziente, la quale è da anni affetta da paralisi degli arti inferiori, pare per mielite spastica e trovasi per questa malattia in cura del Professor Caldarelli.

La vedova del Vasto è donna di alta statura, molto corpulenta; si rivela subito cosciente pienamente non solo, ma intelligente e, in onta ai suoi acciacchi, relativamente vivace. Dall'interrogatorio nulla di notevole si rilevò se non che ebbe a soffrire molto nella coabitazione e che nei primi anni di matrimonio desiderando figli ed essendo sofferente fu visitata e curata invano da alcuni ginecologi fra cui da Morisani. L'ispezione generale rilevò un organismo relativamente ancora ben conservato in onta alle ruine del tempo, cute bianco-rosea, assai poco rugosa e abbondante pannicolo adiposo. Le mammelle molto voluminose e cascanti potevano far sospettare pregresse gravidanze così per la presenza qua e là di qualche macchia cicatriziale come per la forma dei capezzoli che si presentavano molto sporgenti, voluminosi e irregolari. Si discusse a lungo a tale riguardo ma fummo unanimi nel ritenere che dette cicatrici, limitatissime d'altronde in numero, potevano essere il risultato di applicazioni di qualche sostanza rivulsiva, non certo di gravidanza e che i capezzoli dovevano il loro volume e la loro irregolarità a probabili artifici.

L'addome voluminoso e cascante, ricco pure assai di adipe, nulla presentava per rapporto alla cicatrice ombellicale, alla linea alba, alla superficie cutanea che potesse menomamente indurre il dubbio di avvenute gravidanze, e qualche rara cicatrice isolata non lasciava per nulla pensare alla possibilità che si trattasse di smagliature; egualmente dicasi per rapporto alla cute della parte interna delle cosce.

All'esame dei genitali esterni, si riscontrò che la vulva era ancora ben conservata e priva di lesioni, che la forchetta era pure perfettamente conservata senza tracce di lesioni e che la fossetta navicolare appariva di forma regolare e perfettamente liscia; integro affatto quindi anche il perineo.

L'orificio vaginale esterno offriva invero le irregolarità proprie delle lacerazioni imenali, ma presentavasi stretto e privo di cicatrici estranee a dette lacerazioni,

Liscio e privo pure di cicatrici trovammo il vestibolo.

Fin quì dunque nulla di positivo per ammettere un parto avvenuto si era rintracciato, ma potevasi concludere in tale senso? No, perchè di tutte le lesioni che dall' ispezione possono apparire, nessuna ve ne può essere che in modo assoluto costituisca la prova di fatto di pregresse gravidanze, e perciò neppure la mancanza di lesioni autorizza alla esclusione, sopratutto ad una età così avanzata.

Occorreva dunque andare alla ricerca di fatti positivi, inoppugnabili senza di che le nostre conclusioni non potevano essere che incerte e quindi inutili o pressochè inutili. E tali fatti, come di solito accade, non potevano aversi che coll'esame dei genitali interni.

Ed è quanto ci accingemmo a fare ciascuno di noi successivamente, dopo aver dato alla paziente una adatta posizione ginecologica.

Il risultato dell'esplorazione vaginale, che ciascuno di noi dettò, fu eguale in tutti i particolari e può essere così sintetizzato: ostio-vaginale ristrettó, tale da permettere l'introduzione solo di un dito e ciò anche con dolore; mucosa vaginale tutta liscia senza rughe, senza la più lontana traccia di cicatrici; collo dell'utero nella sua *portio vaginalis* meravigliosamente conservato, a forma conica, a mucosa regolarissima senza lesione alcuna nè di continuo nè cicatriziale, orificio esterno del collo circolare, a margini regolarissimi, largo quanto una capocchia di spillo di media grossezza, simile in tutto all' orificio che si può riscontrare in una giovane nullipara; fornici vaginali a mucosa liscia, regolare.

Premendo sul collo si à l'impressione evidente d'un utero piccolo e mobilissimo. Si procedette anche all'esame vaginale con lo *speculum* e il risultato fu perfettamente uguale; sembrò di essere di fronte al collo dell'utero di una giovane donna nullipara presentante la vera forma che indusse i nostri antichi a chiamare la *portio, muso di tinca.*

Di fronte a tali dati obbiettivi il giudizio del collegio peritale non poteva essere dubbio.

Unanimamente si concluse nell'escludere in modo assoluto che la marchesa Cherubina Caturano principessa D'Avalos avesse mai partorito.

Indubbiamente ci trovammo di fronte a un caso eccezionale sotto il punto di vista della conservazione dell'apparecchio genitale e quindi il responso potè essere decisivo. Base di tale responso appare evidentemente essere sopratutto stata le condizioni del collo dell' utero il quale esclude in modo assoluto le inevitabili lesioni del parto.

Ed invero è noto, e la quotidiana esperienza clinica ce lo dimostra, che i dati obbiettivi anatomici per distinguere una nullipara da una donna che abbia partorito dobbiamo sopratutto ricercarli nelle condizioni dei genitali e specialmente dell' orificio vaginale esterno, della vagina e del collo dell'utero. Le così dette smagliature infatti o cicatrici da gravidanza si possono avere sulla cute delle mammelle e dell'addome anche per distensione da pannicolo adiposo, i capezzoli possono apparire irregolari e turgidi per toccamenti sessuali, la linea alba scompare dopo la gestazione.

Le lacerazioni invece dell'anello vaginale esterno, quelle della vagina, e sopratutto quelle del collo lasciano tracce perenni e che possono facilmente distinguerle dalle cicatrici da incisioni fatte per interventi operativi.

Oserei sopratutto affermare che il collo dell' utero riceve tale un' impronta dal parto che ben difficilmente esso poi può sfuggire all'occhio di un ginecologo per la diagnosi di avvenuto parto.

Così sotto tal punto di vista quindi, come in rapporto alle affacciate e direi ovvie difficoltà medico legali di una simile diagnosi a età avanzata e dopo 42 anni di sospettato parto, l' attuale caso può certo costituire un utile precedente per la ginecologia forense la quale à così portato viva luce in un caso da tanti anni controverso e che in nessun altro modo era stato possibile sufficientemente chiarire.

L. M. Bossi.

La missione della levatrice nella famiglia e nella società sotto il punto di vista della Psicologia Ginecologica

Lezione Clinica del Prof. Bossi alle allieve levatrici riassunta dal dottore Angelo Biasotti, assistente, il giorno 9 dicembre 1907

Scopo e missione della levatrice è quello di assistere la gravida, la partoriente, la puerpera; vegliare se i fenomeni fisiologici procedono regolarmente, consigliare quelle norme igieniche di una buona profilassi che valgano a mettere l'organismo al riparo d'una quantità di possibili malattie, ed avvisare immediatamente il sanitario quando nella donna affidata alle sue cure insorgono manifestazioni che escono dal normale.

La levatrice non dev' essere soltanto un'infermiera specializzata nell'arte di assistere la donna nel parto, ma deve assurgere alla nobile funzione di un apostolo che di fronte alla società nostra si assume il compito tanto difficile quanto civile, di diffondere tutto quanto riguarda l'igiene della donna, la sua profilassi, le cognizioni indispensabili all'allevamento razionale dei bambini, che risveglia il senso della maternità in quei cuori nei quali è affievolito, protegge, guida, quelle disgraziate che senza aiuto e senza conforto si trovano abbandonate; educa, moralizza quelle infelici che vittime il più delle volte dell'egoismo brutale dell'uomo scontano amaramente le conseguenze di aver avuto un cuore che ha amato chi poi se ne è dimostrato indegno.

Essa questa funzione può e deve esplicare, perchè più dell'ostetrico e del medico, si trova quotidianamente al contatto della donna e della famiglia. Quando, nell'esercizio delle sue mansioni, fra le confidenze che, per una spontanea e naturale inclinazione della donna, vengono a lei fatte, constata che la sposa prima buona ed affettuosa, od una figlia già docile od una parente qualsiasi che per il passato era sempre stata calma e ragionevole, è diventata bisbettica, nervosa, e che malgrado tutte le cure le più varie e le più complesse, dalle iniezioni di ferro, iodojodurate o di sieri, per modificare la crasi sanguigna, alla elettricità, idroterapia, massoterapia ecc. per fortificare il sistema nervoso, i mali sono sempre continuati, che anzi molte volte si sono aggravati, può allora essa essere l'apostolo previdente che richiama l'attenzione della famiglia o della paziente sulla causa vera dei disturbi che ritraggono la loro origine da lesioni dell'apparecchio utero-ovarico.

È ormai assai grande il numero delle psicopatiche nelle quali è bastato che il ginecologo intervenisse a curare e a guarire certe deviazioni dell'apparecchio genitale, perchè l'animo ritornasse sereno, l'occhio calmo e la faccia gioviale. La levatrice può in ciò avere il grande merito di riuscire utile essendo stata previdente.

Non basta insegnare alle madri l'igiene e le norme d'allevamento del neonato, ma bisogna convincerle del dovere che esse hanno di non

abbandonare i loro figli; persuadendole a rivolgersi, ove esse non possano, alla società che le aiuta con sussidi e le protegge.

Bisogna ricordare sempre che una delle piaghe sociali più grave e pericolosa è quella del crescendo spaventoso nel numero degli illegittimi; Questi infelici, i quali domani, fatti adulti, malediranno agli autori ignoti della loro esistenza, odieranno la società nostra che non ne ha ricercato il padre, calcando sul loro fronte il marchio infamante del bastardo, e finiranno per ingrossare la falange di quei delinquenti che nei vizî dei padri e nelle ingiustizie sociali trovano il substratum psicologico delle loro azioni.

È dovere della levatrice e dell' ostetrico contribuire a questo compito sublime di rigenerazione sociale, educando ed incoraggiando queste povere donne, vittime di una sorte iniqua, a vincere i falsi pudori sociali per i quali è un delitto l' esser madri; domandare alla società che intervenga con sussidi ad aiutare le madri perchè allevino i propri figli, denunziare sempre e forte queste miserie perchè siano riparate, chiedere al Governo di far funzionare le Casse di Maternità; invocare una legge che autorizzi la ricerca della paternità; contribuire infine a sradicare dal popolo quei falsi pregiudizizi di una morale che si ammanta di ipocrisia e di iniquità. Sono varî i campi ed è santo il fine cui si può arrivare con un' opera di previdenza e con senso d' umanità

L' ammalata che ora loro presento è una donna di 32 anni, maritata, casalinga. Di essa ricercheremo i precedenti anamnestici sia dal lato fisico che morale, sia nei suoi riguardi che in quelli famigliari, ricordando che tali ricerche hanno grande importanza per l' ereditarietà di certe forme morbose che come l' alcoolismo sono una delle cause principali della delinquenza nei discendenti.

Nata a Montevarchi da madre che è morta di parto a 27 anni e da padre che faceva l' usciere, morto lui pure per tubercolosi, è la 2ª di tre figli dei quali il 1° una sorella, che è morta in tenera età, il 3° un fratello che ancora vive e sta bene. Quando la mamma sna morì, ella compiva il 3° anno di età e fu raccolta dalla nonna dalla quale fu allevata e custodita. Non sofferse alcuna grave malattia.

Fu mestruata a 13 anni la prima volta; le successive mestruazioni furono sempre dolorose, abbondanti e precedute da profusa leucorrea che in minore quantità, perdurava anche durante il mese.

Andò a marito all' età di 22 anni, con un uomo di professione metallurgico, e rimase quasi subito incinta partorendo fisiologicamente un feto a termine regolarmente sviluppato. Rimase successivamente incinta altre cinque volte con parti e puerperi normali, ed allattò sempre i suoi bambini. Due anni fa ebbe l' ultimo parto, seguito da emorragia grave *post secondamentum*, da cui le risultarono dei disturbi nell' apparecchio genitale che continuamente la tormentarono. Malgrado ciò allattò il suo neonato fino all' 11° mese, in cui ricomparvero le mestruazioni precedute da leucorrea, che continuò a manifestarsi anche dopo, senza che di essa si sia mai curata, Nei mesi successivi i flussi mensili furono disordinati per frequenza (due e tre volte al mese) e quantità, (scarsi e dolorosi).

Col sorgere di questi suoi disturbi utero-ovarici, diveniva malinconica

debole, svogliata, irascibile, al punto, di battere i bambini quando si divertivano: con fobie di antipatia verso il marito per il quale talora era presa da vero odio. Durante la notte prendeva sonni rari, agitati, dai quali si svegliava per sogni brutti spaventosi, mettendosi a piangere lungamente su quelle che essa chiamava la sua infelicità. Mentre per il passato era sempre stata una buona massaia ed una saggia madre di famiglia come narra il marito stesso (buon uomo il quale ne compatì sempre i difetti) cominciò a trascurare gl' interessi della casa, lasciando andare tutto in malora. A tal segno di gravità arrivarono i suoi malanui psichici, che talvolta sentì in lei imperiosa la volontà di strangolarc i suoi stessi bambini e di suicidarsi.

In tali condizioni venne ricoverata nel Marzo u. s. nella nostra Clinica dove, da me visitata, fu trovata affetta da *endometrite, cervicite ed endocervicite cistica del collo*, complicata da gravi disturbi nervosi. Operata di raschiamento e plastica, migliorò rapidamente della lesione uterina, e contemporaneamente dei fenomeni psichici che prima la tormentavano. Riacquistò la sua serenità e tranquillità d' animo, i sonni si fecero più calmi e regolari, ritornò l' appetito e l' affetto per il marito e per i figli. In tali buone condizioni perdurò fino a 4 mesi or sono in cui ritornarono in scena i malanni nervosi ed assieme i disturbi mestruali, leucorrea, dolori ovarici, inappetenza, debolezza ecc. E tanto peggiorò che il marito si rivolse a noi disperato, implorando perchè fosse ricoverata di nuovo in Clinica per curarla e guarirla. Quivi fu trovata affetta da *escrescenze d' indole sospetta al collo. iperplasia del collo e tendenza all' atrofia del corpo.*

Come vedono questo caso è caratteristico per dimostrare che, dato un utero rimasto ammalato in seguito ad un parto, la psiche va gradatamente conturbandosi. Da esso appare chiaramente, come il ritardo dei mestrui e peggio ancora la loro soppressione rende la donna irascibile, colerica, pallida, quasi che nel suo organismo sia rimasto qualche tossico che generi queste turbe nervose.

Nella famiglia di questa ammalata abbiamo avuto la fortuna di avere un marito buono, intelligente affettuoso che tutto ha sopportato con pazienza e rassegnazione; ma pensate al caso di uomini dediti al vino, poco attaccati alla loro casa e poi immaginerete subito quali conseguenze disastrose per la moglie e per i figli.

Qui abbiamo le conseguenze della soppressione del sangue durante la vita sessuale attiva; e di qui impariamo la necessità per l' ostetrico e la levatrice di osservare attentamente le modificazioni mestruali per poter subito e in tempo intervenire.

È preferibile in generale che le donne abbiano sempre mestrui abbondanti che scarsi, perchè in questi casi, credendo che si tratti d' anemia, perdono il loro tempo in cure inutili e finiscono per compromettere gravemente la loro salute. Se la levatrice subito dopo il primo parto avesse compreso che tali manifestazioni dipendevano dall' utero, l' ammalata curata sarebbe subito guarita e la pace domestica di una famiglia non sarebbe stata così gravemente ed a lungo turbata.

Quanti suicidi ed infanticidi, quante rovine di famiglie per motivi che il mondo ignora ma che ricercandoli attentamente hanno il loro fondamento primo nell'apparecchio genitale!

A prevenire queste dolorose conseguenze, ad illuminare le famiglie, a fare opera di conservazione famigliare deve dedicarsi la levatrice con animo di apostolo se vuole innalzarsi sempre più nella stima e nella considerazione della società.

Metropatie da lavoro e conseguenti psicopatie.

(Riassunto della lezione fatta dal Prof. Bossi il 14 Dicembre 1907 e raccolta dal Dott. G. Carli).

Ho l'occasione di presentarvi due ammalate di speciale interesse: in tutte due possiamo rilevare le gravi lesioni che si determinano nell'apparato genitale della donna in seguito al lavoro precoce e inadeguato alle condizioni dell'organismo e le psicopatie che ne conseguono.

G. F. — d'anni 24 — maritata — sarta. — Padre e madre vivono e stanno bene: ha 2 fratelli e 2 sorelle che godono buona salute: quelle sono maritate con figli sani. Non ricorda d'aver sofferto le comuni malattie dell'infanzia; studiò fino all'età di 12 anni frequentando le prime classi elementari. Fece poi la sarta. Ebbe la prima mestruazione a 14 anni: le successive furono sempre regolari per tutti i caratteri. A 16 anni sposò un uomo sano e robusto che aveva 10 anni più di lei, fabbro di professione; un mese dopo il matrimonio rimase incinta: la gravidanza, il parto, il puerperio furono normali; non allattò perchè costretta al lavoro. Le mestruazioni ricomparvero dopo tre mesi più abbondanti e anticipavano di circa 5 giorni. Dopo 10 mesi dal parto rimase nnovamente incinta; continuò il suo lavoro di sarta usando molto la macchina da cucire a pedale: gravida di 4 mesi, le fu annunciata brutalmente la morte di uno zio cui era molto affezionata; ne fu molto colpita: partì subito per Masone dove risiedeva lo zio per cui fece un viaggio in ferrovia molto faticoso: due giorni dopo abortì. Perdette sangue per 12 giorni, poi cominciò ad avere abbondante leucorrea: dopo due mesi, ripresero le mestruazioni molto abbondanti; anticipavano di un numero vario di giorni fino ad averne due in un mese, accompagnate sempre da dolori al basso ventre irradiantisi ai lombi. Spesso veniva presa da questi dolori anche fuori dell'epoca mestruale: negli ultimi tempi s'aggiunsero disturbi gastrici spiccati, anorressia, digestioni difficili, eruttazioni acide. Dice di essere molto dimagrata e diventata pallida.

Dopo l'aborto ai disturbi accennati s'aggiunsero dei fatti a carico dell'apparato nervoso e della psiche i quali andarono accentuandosi man mano che aumentavano quelli dell'apparato genitale.

Cefalee, ronzii alle orecchie, vertigini, anestesie, iperestie, dolori agli ipocondri e al dorso, malinconia e tristezza invincibili, bisogno irresistibile di piangere senza ragione alcuna, irritabilità: diventa quindi taciturna e pigra: passa delle notti insonni e non desidera dormire, perchè fa sogni tristissimi tanto che frequentemente si sveglia piena di paura e gridando disperatamente: sente avversione per il marito ed ha un'invincibile ripu-

gnanza per l' atto sessuale: si crede abbandonata, odiata; quindi scene violente e liti col marito, coi parenti, cogli inquilini, castighi ingiustificati al bambino, trascuratezza della casa. L' inferma poi riconosce d' aver agito male e si pente, ma dice che è portata a questi atti da una forza superiore a sè stessa. Questi fatti andarono man mano accentuandosi negli ultimi tempi, tanto che attraversò la sua mente l' idea del suicidio.

Esame dell' inferma. — Statura media, sistema scheletrico regolare, masse muscolari poco sviluppate, pannicolo adiposo poco sviluppato, cute e mucose pallide. Denutrizione generale.

Nulla di notevole all' esame dei vari apparati. Dall' esame vaginale si rileva: Utero tumescente voluminoso come una gravidanza di due mesi, gravemente antiflesso, flaccido il corpo, duro e resistente l' istmo, pure duro e grosso il collo, annessi liberi. La cavità dell'utero misura cm. 10 $^1/_2$: dalla cavità fuori esce pus.

Storia interessantissima. Consideriamo dapprima l' ambiente in cui è vissuta, l' educazione e l' istruzione avuta: questo non è, come a tutta prima può sembrare, superfluo perchè può influire assai sulla psiche della donna e ci può dar ragione di fatti sopravvenuti, anche lontani. In vero nel nostro caso non troviamo nulla: ambiente domestico tranquillo, padre, madre e fratelli, ottimi operai: educazione non fine, istruzione non elevata, ma sufficente per una buona operaia.

A 12 anni incominciò a fare la sarta: era costretta a rimanere lunghe ore della giornata seduta col tronco inclinato in avanti, con le coscie flesse sull' addome: ciò rappresenta certamente un precoce ed antigienico lavoro, tanto maggiormente dannoso nell' età dello sviluppo sessuale e molto spesso noi dobbiamo ricercare in questo fatto il momento eziologico primo di lesioni utero ovariche, che si rilevano magari anni e anni dopo. Ma seguiamo l' inferma: a 14 anni ha la prima mestruazione, le successive si seguono regolari: a 16 anni prende marito: matrimonio precoce molto precoce: questo che sarebbe un fatto normale, naturale nei climi meridionali, per noi rappresenta una anormalità e anche di questo fatto dobbiamo tener conto per spiegarci le lesioni avvenute più tardi. Dopo un mese rimane incinta. L' apparato sessuale di questa donna da due anni a pena entrato nella sua fase attiva deve sostenere il grandioso, l' immane lavoro del concepimento, della gestazione e del parto: non fa mestieri d' usare molte parole per dimostrare che l' organismo in quest' età non può essere atto a sostenere questo lavoro. In quest' eta in cui tutta l' energia e tutta l'attività dei tessuti deve tendere solamente all' accrescimento dell' organismo, il sottrarre parte di quest' energia, di questa attività per l' accrescimento del feto non può non lasciare tracce nella madre, che si manifesteranno poi con una minorata resistenza dei singoli organi.

Il parto è fisiologico, ma non può allattare perchè costretta al lavoro: altro momento eziologico importante: la soppressione di una funzione è sempre dannosa e la soppressione della funzione mammaria lascia dietro di sè sempre danni non lievi: la subinvoluzione uterina è la prima conseguenza a cui segue, se non curata in tempo, la metrite parenchimatosa: nella nostra inferma troviamo che le mestruazioni dopo il parto sono abbondanti e che anticipano; questo indica che l' utero non era ritornato allo stato normale. Dopo 10 mesi rimane nuovamente incinta e dopo 4 mesi abortisce: le cause di questo aborto noi le troviamo facilmente riandando la storia della paziente: deficiente resistenza organica dell'utero per la precoce gravidanza, alterazioni del parenchima uterino per la subinvoluzione da mancato allattamento, lavoro eccessivo ed antiigienico (durante i 4 mesi continuò a lavorare continuamente da sarta usando la macchina a pedale), patema d' animo (morte dello zio), trauma (viaggio a Masone). Perde sangue per 12 giorni, poi la leucorrea abbondante: dopo 3 mesi riprendono le mestruazioni abbondantissime e frequenti tanto che qualche volta venivano due volte al mese e di quì tutti gli altri disturbi, dolori, dimagramento, pallore, etc...

E con l' insorgere e l'aggravarsi di questi fatti, insorgono e si aggra-

vano di pari passo i disturbi nervosi e i disturbi psichici che portano l'inferma all'abbandono della famiglia, all'odio per il marito, per il bambino, per i parenti, che portano, in una parola, lo sfacelo di una famiglia.

E la causa di tutta questa sequela di dolori noi la dobbiamo ricercare nelle lesioni dell'apparato genitale di questa donna consecutive al precoce ed antiigienico lavoro, al precoce matrimonio, alla gravidanza avvenuta subito dopo, al mancato allattamento, all'aborto successivo.

Ecco fino a qual punto possono portare lesioni utero-ovariche trascurate! E le conseguenze potrebbero essere state certamente più gravi se l'ambiente che circondava questa inferma non fosse stato buono, se il marito, non comprendendo che in fondo lo stato pschico della moglie era dovuto ad uno stato morboso, avesse reagito invece di inviarla al medico.

La nostra opera davanti a questi casi è eminentemente sociale perchè con una cura opportuna ginecologica queste donne possono ritornare allo stato normale e così si può riportare la pace, la tranquillità in una famiglia da prima profondamente sconvolta.

Abbiamo qui una seconda inferma di non minore interesse:

D. A. — d'anni 27 — maritata — sarta. — Nulla nel gentilizio: nulla da rilevarsi considerando l'ambiente in cui visse. Anche questa inferma a 12 anni viene mandata a fare la sarta e deve così passare ore e ore in quella antiigienica posizione: nello stesso anno ha la prima mestruazione dolorosa: le successive sono regolari per intercorrenza ma sempre piuttosto scarse e accompagnate da dolori. A 24 anni va a marito e dopo 3 mesi rimane incinta: la gravidanza, il parto, il puerperio sono normali: allattò per tre mesi, ma poi le viene proibito da un sanitario per le tristi condizioni generali in cui si trovava obbligata a lavorare 12, 14 ore al giorno. Dopo 8 mesi dal parto rimane nuovamente incinta e anche questa gravidanza decorre normale ed è seguita pure da parto e puerperio normali: non può allattare nemmeno questa volta, perchè non avendo di che vivere e dovendo attendere a un lavoro assai gravoso quasi senza riposo perdette il latte e si ridusse in condizioni generali ancor più misere di quelle in cui si trovava già dall'adolescenza. Da questo parto incominciano i disturbi: le mestruazioni, ricomparse dopo 4 mesi, sono molto scarse e lo diventano sempre più: sono accompagnate da dolori al basso ventre irradiantisi ai lombi e agli ipocondri: contemporaneamente incominciò ad avere leucorrea, ora scarsa, ora abbondante.

Anche in questa inferma con i disturbi a carico dell'apparato genitale incominciano disturbi nervosi e psichici che aumentano con l'aumentare di quelli: sono simili a quelli accusati dalla precedente inferma: cefalee, vertigini, irritabilità, strani capricci di stomaco, malinconia invincibile, antipatia, avversione per il marito, per i bambini, quindi liti continue, avversione all'atto sessuale, insonnia continua.

All'esame di questa inferma troviamo un utero molto ridotto di volume, con una cavità di 5 cm. Troviamo quindi gli stessi fatti psichici come conseguenza di lesioni uterine opposte: là abbiamo un utero voluminoso, molto più voluminoso della norma, qui un utero piccolo. Anche qui come momento eziologico primo troviamo il lavoro inadeguato all'età dapprima, allo stato della paziente (puerperio) dappoi, e che fa pensare alla nota e sempre attesa applicazione della legge sulle casse di Maternità.

Sono due casi del massimo interesse e devono rimanere impressi perchè dimostrano quanta parte abbia il precoce ed antigienico lavoro nell'eziologia delle malattie utero-ovariche e l'influenza di queste sul sistema nervoso e sulle psiche delle pazienti.

Prof. Dott. Fortunato Montuoro

Intorno alla pretesa influenza del tabagismo sulla gravidanza [1]

AUTORIASSUNTO

La questione dell' influenza del tabagismo sulla gravidanza è stata molto dibattuta; Hurteaux, Igonin, Lebail, Poisson, Drysdale, Piascecki, Vinay credono che la gravidanza non venga per nulla modificata; Kortial, Delaunay, Brochard, Quinquand, Soyard, Ehevenot, Cuzzi e Resinelli, Maramaldi, Jacquemart, Pieraccini (junior) invece attribuiscono al tabagismo la più funesta influenza.

Poichè continua il dibattito tanto che, nell' ultimo Congresso Internazionale per le Malattie del Lavoro, *Mocchi* manifesta la seconda e *Peri* la prima opinione, ho creduto portare un contributo, che forse è decisivo, facendo una minuta inchiesta nella Manifattura di Palermo.

Il mio esame è stato fatto su 613 tabaccaie, delle quali 398 vecchie con un servizio dai 31 ai 45 anni; e 215 giovani. Non ho creduto razionale fare esperimenti sugli animali perchè l' anamnesi ostetrica delle tabaccaie (specialmente delle vecchie la cui vita è trascorsa fra le mura della Manifattura) è come il risultato di uno splendido, magnifico esperimento di laboratorio.

Delle 398 operaie vecchie, 10 erano nubili, 38 sterili (cioè un percento di sterilità del 9.79); delle 215 operaie giovani, 77 sono nubili, 12 maritate da recente (8 sono già gravide), 9 sterili (cioè un percento di sterilità del 6.71 %) cifre queste inferiori alla media che Simpson e Piccard calcolano l' 11 %.

La *fecondità* delle tabaccaie è enorme.

350 operaie hanno avuto 2974 gravidanze e precisamente:

58 = 16.57 %	hanno avuto da	1	a 4	gravidanze
262 = 74.85 %	» » »	5	a 13	»
30 = 8.57 %	» » »	14	a 20	»

Le giovani, che contano in media 3 anni di matrimonio e 20-25 anni di età, hanno già avuto 229 gravidanze e 27 sono nuovamente incinte.

Gli esiti delle 2974 gravidanze sono stati i seguenti:

Parti a termine		2430	= 81.7 %
» » » con feti morti	20	35	= 18.28 %
» prematuri » » »	15		
» »		25	
Aborti		484	

Questa cifra del 18.28 %, *che, del resto, come vedremo è inferiore alla media d'interruzione della gravidanza per cause comuni*, è di molto superiore alla realtà.

(1) Comunicazione riferita al I Congresso Nazionale per le Malattie del Lavoro, in Palermo, 1907.

Infatti i parti con feti morti ed i parti prematuri appartengono a 17 operaie che, su 161 gravidanze ne hanno avuto il 40.99 % d'irregolari; la qual cosa ci dimostra, che mentre un piccolissimo numero di operaie (il 4.8 %) ha una percentuale elevantissima di gravidanze anormali, l'enorme maggioranza ne ha appena il 16.99 %.

E anche questa cifra è superiore al vero, perchè su 350 operaie 203 soltanto hanno avuto aborti e cioè:

167 operaie = 82.26 % hanno avuto da 1 a 3 aborti
36 » = 17.73 % » » 4 a 12 »
203

Le gravidanze delle giovani hanno avuto un esito ancora migliore perchè su 117:

92 operaie = 78.63 % *hanno avuto sempre gravidanze fisiologiche*
25 » = 21.37 % hanno avuto gravidanze anormali.

e in tale percentuale (50 %) da farci, senz'altro, ammettere che la sifilide e la blenorragia hanno la responsabilità maggiore di questi esiti.

Riassumendo:

operaie vecchie 350 } 467
» giovani 117 }

Operaie che hanno avuto sempre gravidanze fisiologiche (totale gravidanze 1068) { vecchie 147, giovani 92 } 239 = 51.17 %

Operaie che hanno avuto il 45 % d'interruzione della gravidanza (totale grav. 243) { vecchie 17, giovani 25 } 42 = 8.99 %

Operaie che hanno avuto il 16.99 % di gravidanze anormali 188 = 39.89 % (totale gravidanze 1892).

La mia statistica dimostra, che soltanto nel 39.89 % delle operaie si ebbe a lamentare il 16.99 % di gravidanze a decorso irregolare.

Ma questa percentuale è inferiore a quella dell'interruzione della gravidanza per cause comuni. *Bossi* infatti su 12910 parti ha riscontrato il 21.5 % di aborti. Sommando poi tutte le chiamate per aborti avute dalla Guardia Ostetrica di Milano dal 1° Gennaio 1892 al 31 Dicembre 1905 se ne rilevano 4607 su 17976 chiamate, cioè il 25.72 %; la qual cifra, mentre è di molto superiore a quella che abbiamo constatato nelle tabaccaie, dà qualche ragione a coloro che affermano come la frequenza dell'aborto tenda ad aumentare.

Poichè il tabagismo cronico è innegabile, come hanno dimostrato Kaiser, Bierbarm, Rosenfeld, Schellemhey e Pierac ini, noi dobbiamo conciliare l'azione tetanizzante della nicotina sulla muscolatura dell'utero, dimostrata luminosamente da Chidichimo con la regolare evoluzione della gravidanza ammettendo che l'organismo si assuefà all'azione della nicotina.

La mortalità infantile al contrario è molto rilevante ed è dovuta in parte all'impossibilità in cui si trovano le madri di allattare come è giusto i bambini, forse al passaggio della nicotina nel latte e per la tendenza del latte di restare o ritornare allo stato colostrale.

Davanti a questi risultati miserandi che rendono inutile l'enorme fecondità delle tabaccaie, in nome dell'Umanità, in nome dell'Economia Nazionale bisogna richiamare l'attenzione del Legislatore, perchè con opportuni provvedimenti conservi alla Patria tante preziose esistenze.

Dott. G. Frangia: *Fenomeni genitali nelle operaie delle miniere di galena in Sardegna.* Il Ramazzini (Anno I, Fascicolo 9 - Settembre 1907).

Dalle ricerche e dalle indagini statistiche che l'*A*, in qualità di ufficiale sanitario, ha condotto nella zona mineraria di Arbus (Cagliari), risulta chiaramente dimostrato che notevole e grave è l'influenza che il lavoro in queste miniere di galena esercita sulla sfera genitale e sugli organi di riproduzione della donna. Si determina infatti un generale arresto di sviluppo di tutti i fenomeni della pubertà, con i gravi effetti di una manifesta intossicazione lenta e profonda, e si prepara il terreno ad una generazione malata, senza che si abbia la coscienza di valutare, anzi di apprezzare per nulla il male. Finchè la donna sta in quei lavori, o la mestruazione non compare affatto, e ciò nel 47,80 %; e quando compare decorre irregolare nel 23,35 %e nel 90,35% in ritardo; è normale solo nel 9,65 %.

Dopo il matrimonio il 20 % delle operaie aspirano vanamente agli affetti della maternità; il 12,35 % non hanno che delusioni, non riuscendo a condurre a termine felicemente il frutto di uno o più concepimenti. Nelle gravidanze a termine i bambini non nati morti sono nel 90 % cachettici, degenerati e cadono nel 30 % nei primi mesi o nei primi anni dalla nascita; e un gran numero ne muore in età precoce. I nati di questa classe operaia che arrivano ai 20 anni sono, come risulta dai registri di leva, nel 90 - 95 % dichiarati inabili al servizio militare.

Questo complesso di fenomeni degenerativi in gran parte si deve ritenere la conseguenza di una intossicazione lenta da piombo, che, come è irrefutabilmente dimostrato, fra l'altro esercita una deleteria azione sulla sfera genitale e sugli organi di riproduzione della donna. Concorre ad avvalorare tale ipotesi l'aver appurato, che i perturbamenti, le irregolarità, le lesioni delle funzioni genitali riscontrate in queste operaie, non si ritrovano con eguale frequenza e gravità nelle altre classi operaie od agiate della stessa regione.

Rebaudi

Sui traumi psichici in gravidanza e in sopraparto

Lezione Clinica del prof. Bossi all' Istituto Ostetrico Ginecologico di Genova, riassunta dal Dott. A. Biasotti il 19 novembre 1907

Per quanto le cognizioni che oggi abbiamo sui rapporti che intercedono tra psiche ed apparecchio genitale della donna, siano tali, che ancora non ci permettono di dare la dimostrazione scientifica del nesso intimo che intercorre tra esse, e per quanto sia stabilito che le contrazioni nella gravida siano involontarie, caratteristica questa che si può dire provvidenziale, in quanto che toglie all'arbitrio della donna la possibilità di anticiparle, o a scopo di aborto, o per altre molteplici cause inerenti a complesse circostanze individuali, famigliari, economiche, sociali, oppure di ritardarle per allontanare sempre più il momento doloroso, pure l'esperienza clinica di tutti i giorni ci dimostra che le emozioni, per un meccanismo che ancora ci è ignoto, possono influire grandemente sulle fibre muscolari uterine, sia arrestando le contrazioni in atto, sia risvegliandole quando, secondo il calendario ostetrico, dovrebbero ancora tacere.

I due casi clinici che oggi loro presento sono interessanti e assai dimostrativi poichè, in ambedue, puerpera l' una in 3.a giornata, l'altra in

2.a, il fattore psichico è intervenuto in modo evidente ad arrestare le contrazioni uterine nella 1.a, a risvegliare e a mettere in attività le cause efficienti, rappresentate dalle contrazioni, nella 2.a.

Dalla storia clinica della prima paziente non risulta nulla di notevole nè dal lato ereditario nè da quello individuale. Nata da genitori sani ma poveri, all'età di 14 anni abbandonò la campagna per la città dove, in qualità di donna da cucina, fu sottoposta a lavori faticosissimi e di lunga durata. Mestruata a 13 anni e successivamente abbastanza regolarmente, ebbe a 17 per due mesi una sospensione dei flussi mensili che essa attribuisce ad una comune forma di cloro-anemia dipendente dall'eccesso di lavoro. Ebbe i primi rapporti sessuali nel marzo u. s., e rimase quasi subito incinta.

La gravidanza decorse così regolare, che la donna non accusò alcun disturbo fino a quattro giorni fa, in cui venne colta dai fenomeni prodromici del parto, per i quali fu ricoverata nella nostra Clinica la mattina del 2 dicembre alle ore 6.

Visitata subito dall'assistente di guardia, fu trovata affetta da « gravidanza alla prima metà del IX mese, feto unico vivo in presentazione di vertice, dilatazione di 4 cent., membrane ancora integre. Alle ore 9, avvenuta la rottura spontanea delle membrane, il collo presentava una dilatazione di 7 cent. e la testa era impegnata nella parte media dello scavo. Alle ore 11 $^1/_2$ la dilatazione non era più progredita e la testa era sempre nello scavo, per quanto le contrazioni continuassero ad essere abbastanza energiche e frequenti.

In queste condizioni si trovava l'ammalata quando io la presentai a loro come caso clinico di sopraparto prolungato, per rottura precoce delle membrane.

A questo punto ricorderanno ciò che avvenne. La paziente, che pure era stata occultata ai loro sguardi con una benda di garza, (precauzione questa che io nella mia Clinica faccio sempre usare, per un doveroso riguardo al senso di pudore e di vergogna di queste povere donne esposte all'osservazione di tanti uomini) cominciò a reclamare vivamente di essere tolta alla loro vista, affermando che tale era l'impressione di vergogna e di timore che provava, che non avrebbe giammai potuto partorire. Contemporaneamente le contrazioni dell'utero, che prima erano regolari ed energiche, si fecero tumultuose, deboli, molto dolorose, contraendo l'utero in permanente spasmodia che cagionava un generale malessere all'ammalata. Ricorderanno come invano cercassi di ispirarle fiducia, invitandola alla calma; e come dopo un rapido esame da cui mi convinsi che non v'era urgenza d'intervento istrumentale, la facessi riportare al suo letto, nella sala da parto, nella persuasione, che ritornata la quiete nell'animo suo, le contrazioni avrebbero ripreso il loro ritmo fisiologico e il parto si sarebbe ancora potuto espletare spontaneamente.

Infatti riacquistò subito la sua primitiva tranquillità e serenità e colla calma dell'animo, le contrazioni dell'utero ripresero con efficacia il loro ciclo normale, e dopo un'ora (trattavasi di primipara) di periodo espulsivo partorì fisiologicamente un feto maschio del peso di 2750 gr. e di 48 cent. di lunghezza.

Dall'andamento clinico di questo parto, un fatto specialmente ci salta agli occhi, come degno della massima osservazione. Il parallelismo cioè esistente tra i diversi stati d'animo della paziente e le corrispondenti modificazioni delle contrazioni uterine.

Abbiamo infatti dapprima la paziente tranquilla e le contrazioni uterine regolari. Col prolungarsi eccessivo del sopraparto, abbiamo poi il sorgere della preoccupazione di qualche atto operativo, il crescere dell'agitazione per essere bendata, l'emozione intensa infine, provata dal trovarsi di fronte a tanta gente sconosciuta, e contemporaneamente e di pari passo il farsi irregolare delle contrazioni, l'affievolirsi di esse e la spasmodia che rende le funzioni muscolari dell'utero inefficaci per quanto permanentemente contratte. In ultimo abbiamo il ritorno alla quiete e con essa il ridestarsi delle contrazioni regolari ed efficaci.

Siamo cioè di fronte ad un caso tipico di anomalia delle contrazioni uterine provocate da un patema d'animo.

Il 2.° caso è quello di una giovane di anni 19, di condizione sociale cameriera, nella cui anamnesi famigliare troviamo la madre morta di carcinoma gastrico, il padre alcoolista, due fratelli i quali vivono e stanno bene e cinque sorelle, delle quali quattro morte per accessi convulsivi, una all'età di 19 anni e le altre in tenera età.

A sei anni fu colta da un attacco convulsivo ed emiplegia della metà sinistra del corpo, della quale però guarì completamente dopo poco tempo di cura; e dall'età di 16 anni, data della prima mestruazione, i suoi flussi furono sempre regolari per intercorrenza e quantità.

A 17 ebbe i primi rapporti sessuali, e tre mesi dopo nei giorni che precedevano la comparsa del flusso mensile, fu assalita da accessi convulsivi violenti che successivamente si ripeterono sempre ad ogni mese, alla stessa epoca, di notte, e per la durata di qualche ora. Rimase incinta alla fine di marzo (20) u. s., e durante la gravidanza fu assalita dagli stessi accessi che si manifestarono periodicamente ad ogni crisi fisiologica [1], aumentando tanto di frequenza, intensità e durata da decidere l'inferma a rivolgersi per un consulto all'Ambulatorio annesso all'Istituto Ostetrico Ginecologico, dove le fu consigliato di riparare nella Clinica in osservazione. Senonchè da questo momento cominciano per essa le dolenti note.

Vige nel Civico Ospedale, cui la Clinica è annessa, una legge o regolamento che sia, che io non saprei come qualificare, ma che è certo la negazione del buon senso oltrechè di ogni principio di umanità, per il quale tutte le donne in stato di gravidanza, per essere ammesse, sono sottoposte alla visita della levatrice la quale, al disopra di qualunqne certificato, sia pure del più illustre fra gli illustri della scienza ostetrica, giudica della necessità o meno di accettare la paziente che domanda di essere ricoverata.

Accade così sovente che ammalate, munite di regolare certificato di urgenza rilasciato dall'Ambulatorio Ostetrico, o firmato da professori della specialità, si vedono rifiutato l'ingresso dal responso di una levatrice la quale, con un rapido esame, compiendo mansioni superiori al suo grado

(1) E' noto che il prof. Bossi definì con tale nome i giorni corrispondenti ai periodi mestruali durante la gravidanza.

di coltura e non inerenti alla sua professione, si erige a giudice di coloro che con esami ripetuti e al lume della scienza hanno prima ritenuto che esistessero le condizioni per doverla subito accettare.

Ed è ciò precisamente che accadde alla nostra paziente, la quale sola e senza mezzi, già sostituita nel suo servizio di cameriera da cui si era licenziata, priva di appoggi morali o di raccomandazioni, perchè la sua qualità di nubile la rendeva una proscritta della buona società, avvilita e in preda a vivissima agitazione, e preoccupata che da un momento all'altro l'assalisse il male terribile che l'affliggeva, dovette ramingare per parecchi giorni prima che l'intervento del suo console (essendo ella d'origine straniera) e nuovi e più espliciti certificati le facessero aprire le sospirate porte dell'Ospedale e quindi il passaggio alla Clinica Ostetrica-Ginecologica.

Interrogata subito al suo ingresso, narra con accento di dolore l'angoscia sofferta, il patema terribile che le fosse incolto male per la strada o a domicilio durante la via crucis subita per essere ricoverata, il desiderio vivo di avere un figlio e la paura di partorire prima del tempo. Visitata non si riscontrò alcuna lesione agli organi genitali e si fece diagnosi di « Donna Primigravida, al principio del IX mese con feto unico, vivo, complicata da epilessia congenita ».

Durante la notte, che seguì al suo ingresso in Clinica rimase inquieta, agitata, prendendo sonni rari e brevi dai quali si risvegliava di soprassalto per sogni spaventosi. Di indole buona e rassegnata, di carattere docile, alla visita del mattino racconta, senza però esaltarsi e senza dar segno di sovraeccitazione i suoi nuovi disturbi, ai quali per il passato non era mai andata soggetta.

Tuttavia, relativamente tranquillizzata, si alzò parecchie ore da letto e passò assai bene la giornata fino alla sera, in cui cominciò ad avvertire i fenomeni prodromici del parto che andarono sempre più aumentando, finchè al mattino alle ore 8,35, partorì un feto di sesso mascolino del peso di gr. 2850 e lungo cent. 46 $^1/_2$; dell'età approssimativa di otto mesi. Dati questi che vengono a confermare esattamente la diagnosi fatta di gravidanza alla prima metà del IX mese.

Non v'ha quindi dubbio, che siamo qui di fronte ad un caso di parto prematuro determinato da cause la cui natura dobbiamo ricercare, per ricavarne la spiegazione che valga a chiarirci, perchè questa donna che durante tutta la gravidanza non ha presentato disturbo alcuno della sfera genitale e che alla visita del suo ingresso nell'Istituto fu trovata ginecologicamente in perfetta salute, sia così rapidamente entrata in sopraparto troncando il procedere normale della gravidanza.

Nessuna crisi epilettica era più intervenuta dagli ultimi giorni in cui si era decisa di entrare all'Ospedale, nessuna nuova malattia, nessun trauma fisico nè prima nè dopo il suo ingresso all'Ospedale risulta a noi dalla sua storia clinica. Unico fatto saliente, che appare evidente, si è il trauma psichico determinato in lei dall'odissea dolorosa dovuta fare per essere ricoverata.

Il primo rifiuto a lei opposto la prima volta in cui si era presentata, la preoccupazione di trovarsi sola e senza casa, le ripetute visite subite, l'umiliazione patita, la paura delle convulsioni, l'ansietà per la creatura

che portava in grembo, le sofferenze morali che in lei, ragazza discretamente colta e assai intelligente, devono essere state forti, sono altrettanti fattori e cause concomitanti sufficienti a darci la spiegazione di un fatto, che fino ad oggi non fu ancora abbastanza oggetto di attenzione da parte degli ostetrici, ma che io ritengo essere della massima importanza e destinati a completare l'interessante capitolo dei traumi psichici in gravidanza.

Ho ripetuto loro ampiamente la storia di queste due pazienti perchè è appunto dallo esame dettagliato di esse, che noi rileviamo i dati clinici per la spiegazione di fenomeni d'origine simpatica, i quali devono essere attentamente considerati dal Medico pratico e dalla Levatrice onde prevenirli in tempo e risparmiare così conseguenze dolorose alle povere donne, che si trovano in stato di gravidanza od in sopraparto.

Occorre sempre ricordare alle famiglie ed alle donne specialmente, che i patemi d'animo possono disturbare sommamente la gravidanza e il sopraparto.

Si verifica per essi lo stesso fenomeno da cui, molte volte in guerra, sono colpiti i soldati al momento supremo di una battaglia: una specie di torpore ne paralizza i movimenti delle gambe e ne rende inerti gli arti; vorrebbero camminare ma non possono, vorrebbero muoversi ma si trovano come inchiodati e irrigiditi in uno stato di atonia generale.

Ricordo sempre di una cliente, moglie di un ricco negoziante, la quale aveva partorito e secondato fisiologicamente, dando alla luce una femmina che veniva a costituire la quarta di altrettanti parti. Il marito, il quale desiderava vivamente un maschio, fece tale una scenata di escandescenze e rimproveri che la povera signora, la quale era ormai in buone condizioni, fu presa da tale spavento che, da un convulso generale ad una contrazione tonica-clonica di tutte le membra, finì in un abbandono atonico di tutta la persona. Ebbene l'utero che era di già regolarmente contratto, e presentava spiccato il globo di sicurezza, cominciò a rilasciarsi e a dar luogo ad una tale e così grave emorragia che per poco non mise in serio pericolo la vita della paziente.

Del resto quale e quanta influenza abbia la psiche sugli organi genitali femminili ed in specie sull'utero lo sanno da antico tempo, per quanto empiricamente, le donne stesse del popolo. le quali sovente raccontando a noi la loro storia ostetrica, ci riferiscono di aborti o di parti prematuri la cui origine attribuiscono a qualche forte spavento o a cause morali.

Dovremo perciò essere sempre increduli e ridere scetticamente di tali racconti considerati troppe volte effetto di pregiudizi? Non lo credo. Anche tuttociò che viene generalmente dal popolo o dal pubblico profano deve essere per noi oggetto di osservazione e di studi, perchè molte volte nei fatti, che pure all'apparenza possono sembrare di nessuna entità, si riscontrano talora delle verità che invano si trovano colle più pazienti analisi e ricerche sperimentali.

KURDINOWSKY E. M.: *Sui riflessi mammari-uterini e sull'importanza fisiopatologica dei riflessi nervosi in genere sull'utero gravido e non gravido.* — Arch. f. Gynäk. Bd. 81, p. 340.

Su questo argomento l'*A.* richiama le conoscenze che ci vennero tramandate dagli antichi, da Ippocrate a Scanzoni. Freund scoperse che gli stimoli forti e prolungati sull' utero causano ipertrofia della tiroide: che la corrente galvanica applicata al capezzolo desta contrazioni uterine, ond'egli propone l'applicazione di essa allo scopo di provocare il parto prematuramente e di vincere l' inerzia contrattile dell'utero.

Mollath usando correnti di 7-12 milliampères, con un elettrode sul fondo e l'altro al capezzolo per 1/2 a 1 ora riscontrò azione catalitica con rammollimento delle parti rigide dell'utero ed anche contrazioni uterine intense durevoli per ore e ore ed anche per giorni. Cosicchè Mollath ritiene che la corrente galvanica sia ottimo mezzo per eccitare doglie efficaci. Kurdinowsky non crede che l'elettricità sia superiore ad ogni mezzo meccanico. Con esperienze sugli animali dimostrò che l'utero anche non gravido risponde agli eccitamenti della ghiandola mammaria. Con altre esperienze sempre sugli animali giunse alla conclusione che gli eccitamenti dolorifici in qualunque punto del corpo producono contrazioni uterine.

Nello stesso modo egli crede che la stimolazione dell' utero ha una azione su altri organi per via riflessa: questo spiega molti fatti che accompagnano la mestruazione ed i mutamenti funzionali dell' organismo in gravidanza specie nei primi mesi: l' iperemesi delle gravide sarebbe il prodotto di uno stato di neurosi reflessa. Conclusioni: 1) L' utero risponde facilmente ad ogni stimolo anche lontano. 2) Questa sensibilitá reflessa esiste in via inversa: gli stimoli dell' utero gravido o malato producono definite anormalità funzionali anche in organi lontani. 3) Queste influenze reciproche e riflesse hanno una parte importante nella fisiologia e patologia dell'utero, gravido o no. *Donzella.*

Due questionarii di Psicologia, Criminologia e Sociologia Ginecologica proposti dalla "Ginecologia Moderna"

Il problema dell'*astinenza sessuale* nell' uomo, ha testè appassionato vivamente fisiologi, igienisti e medici della Germania, della Russia, della Francia e d'altre Nazioni ed i giudizii, se non furono concordi furono però utili per una sintesi conclusionale, ove si consideri che rappresentano le opinioni di scienziati della maggior fama quali Plüger, Brieger, Strümpell, Hensen, von Leyden, Forster, v. Esmarch, Büchner, Gärtner, Neisser, Löffler, Pfeiffer, ecc.

Per rapporto alla donna due problemi pure ritengo che si impongano per l' importanza loro e per l' entità dei corollarii che se ne possono dedurre, quello della *sensibilità sessuale* e quello dell'*aborto criminoso.*

A priori essi sembrerebbero indipendenti l'uno dall'altro e come tali possono essere trattati, ma se bene e a fondo si considerano apparirà come possa esistere fra l' uno e l' altro qualche nesso utile a rilevarsi sotto il punto di vista sociologico e medico legale.

È ormai universale presso tutti i popoli — esclusi in parte,

ritengo, quelli di razze gialli, Cinese e Giapponese — e in seno a tutte le classi sociali la constatazione di un crescendo veramente grave e oso aggiungere, spaventoso, dell'aborto criminale. La scusante del pubblico indifferente starebbe in un conflitto oggi più che mai accentuantesi fra i bisogni sessuali e le necessità economiche.

Le opinioni d' altronde relative alla *sensibilità sessuale* della donna in confronto a quelle dell' uomo e sulle *maggiori o minori necessità sue fisiologiche sessuali* sono tuttodì così disformi, incerte e contradditorie da richiedere ora più che mai di essere largamente dilucidate.

Così, ad esempio, è una credenza generale che a seguito dell' ablazione dell'utero e delle ova subentri gradi gradi nella donna l' insensibilità sessuale.

Orbene io ho potuto raccogliere 14 casi nei quali all' incontro si ebbe tale esagerazione nei bisogni sessuali da costituire una vera forma morbosa non solo, ma da dominare la vita morale e famigliare delle pazienti tanto che due furono causa del suicidio del marito, una divenne delinquente, e quasi tutte le altre furono l'origine di gravi squilibri morali e materiali delle relative famiglie.

Molti e di grande entità possono quindi essere le applicazioni che, dalla soluzione anche incompleta di tali quesiti, si possono fare nel campo della psicologia, della medicina legale e della sociologia ginecologica.

La *Moderna Ginecologia* quindi ritiene di compiere un' opera utile proponendo ai suoi lettori, ginecologi, igienisti, medici legali, psichiatri, fisiologi, giuristi il seguente questionario di cui verranno man mano pubblicate nei futuri numeri le risposte, che raccomandasi siano il più che è possibile concise:

1° Quale è la vostra opinione per rapporto alla sensibilità sessuale della donna in confronto a quella dell'uomo?

2° Quale la vostra opinione sulle maggiori o minori necessità sessuali della donna in rapporto alla età e alle condizioni sue sociali?

3° In quali proporzioni e perchè ritenete voi aumentati gli aborti criminali?

4° Quali sono i rimedî che proporreste contro l' aborto criminale?

Genova, 27 Dicembre 1907.

BOSSI

Matteo Oppecini, *Gerente responsabile.*

Stab. Tip. G. B. Marsano, *Corso Buenos Ayres, 21 - Genova.*

ANNO I. FEBBRAIO · MARZO 1908. FASC. 2. · 3.

LA GINECOLOGIA MODERNA

Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia

E DI

PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

PARTE I.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

DOTT. LEONARDO GIGLI

IL TAGLIO LATERALIZZATO DEL PUBE
nelle infezioni genitali

(CONSIDERAZIONI E DOCUMENTI CLINICI)

(Continuazione e fine. vedi numero precedente).

La controindicazione nelle primipare infette dovrebbe a rigore di logica escludere quei casi nei quali sia possibile abbandonare il parto alla natura, e le condizioni delle parti molli, la loro preparazione sia tale da farci presumibilmente ritenere che il parto, non ostante il taglio del bacino, possa avvenire senza lacerazioni.

Il pensare diversamente sarebbe contro la logica più elementare. Noi riportiamo qui alcuni casi, che abbiamo raccolti nella letteratura e nei quali si ebbe appunto il parto in primipara infetta, senza che avvenisse alcuna lacerazione vaginale, e nei quali la donna andò senza incidenti a guarigione.

Ora noi dobbiamo ancora dimostrare che, data la impossibilità di impedire in qualche caso la lacerazione del canale genitale in corrispondenza della linea di frattura, questa complicanza debba essere necessariamente fatale, e che l' arte non ci possa suggerire una linea di condotta che ci permetta di diminuire le conseguenze gravi delle lacerazioni di questa barriera naturale, per la quale soltanto possiamo ammettere l' intervento chirurgico, il taglio del bacino, anche nelle donne infette.

Il Prof. Pestalozza si parte e si fonda essenzialmente su di un caso solo, che noi in altra occasione abbiamo già detto non avere valore dimostrativo e che oggi con maggiore larghezza di fatti, proveremo.

La mia opposizione non è che una pura e semplice difesa di idee, ogni questione personale per me scompare, io sostengo quello che sento profondamente di poter sostenere, non accetto che quello che si accorda con quanto ho concepito, conscio del suo valore, e che sta in perfetta armonia con i fatti clinici e con i principi che dominano ogni arte. Per questo profondo sentimento, per questa giusta intuizione del vero, io ho potuto seguire in questa lunga e faticosa lotta, la linea che ho veduto disegnata nella mia mente senza piegare mai. Così come ho concepito, ho scritto e detto, senza curarmi se la forma riusciva troppo vivace, solo curandomi che fosse la esatta èspressione della verità. La mia opposizione non è insomma che il convincimento della verità contenuta in queste parole di Barnes... « as is continually the case in Medicine, experience arbitrarely limited, excludes progress in knowledge and bars improvement in practice... » che il Prof. Pestalozza avrebbe dovuto ricordare e meditare in questo caso, prima di cacciarsi a testa bassa contro il granito nel quale sono scolpite le mie convinzioni.

Di questo mi dovrebbe essere tenuto conto, poichè nel campo della scienza ogni offesa scompare là dove domina il vero.

L' alta finalità che io mi sono proposta, i resultati evidenti, innegabili che sono stati raggiunti con le mie idee, mi giustificano, se in questa lotta che dura da 14 anni e che ancora non è finita, io non ho potuto sempre conservare l' olimpica serenità e la calma di chi essendo stato portato in alto dalla fortuna, non ha bisogno di molta fatica per fare ascoltare la sua voce.

Ma veniamo alla questione principale.

Una regola chirurgica, che non deve e non può essere dimenticata, insegna che « la ferita cutanea in una frattura complicata « della quale non sia sicura l' asepsi non deve mai chiudersi in « primo tempo, deve essere trattata aperta ». Le conseguenze più gravi, le più disastrose, possono derivare dalla dimenticanza di questa legge fondamentale. Non è vero, come venne affermato nell' ultimo Congresso a Roma, che noi siamo a tempo a riaprire la ferita, quando ci accorgiamo che le cose non vadano bene. Quando noi arriviamo a raccogliere i segni clinici evidenti della infezione, il processo morboso in generale è così esteso, che non si riesce più a dominarlo. Per questo è precetto che non conosce eccezioni il trattamento aperto delle ferite infette e sopratutto delle fratture complicate. Questa regola, anzi questa legge chirurgica non è stata seguita da alcuni ostetrici, che evidentemente non ricordarono le regole della traumatologia e chirurgia ossea.

Chi ha pratica in simili lesioni trova invece molti fatti degni di nota in questa ricca casistica di tagli lateralizzati.

Io ho già accennato al principio, alla rapida guarigione della frattura lineare del pube. In otto giorni, nella maggioranza dei casi, la donna si può muovere nel letto senza dolore, in 12, molte volte si alza e cammina senza disturbo. Ho già accennato al fatto im-

portantissimo, che forma il fondamento del convincimento nostro e di questa nostra polemica, alla guarigione, cioè, senza incidenti, della frattura pubica non ostante che qualche volta nella sua vicinanza si svolga un processo puerperale infettivo più o meno grave. Qui voglio mettere in evidenza un altro fatto chirurgico di grande significato e di gran valore, le rarità di conseguenze gravi non ostante che moltissime volte sia stata violata evidentemente la legge chirurgica che io ho sopra ricordata.

Gli ostetrici tedeschi hanno chiamato sottocutaneo un metodo che, a rigore di linguaggio chirurgico, non si potrebbe così chiamare e che, d'altra parte, non si saprebbe chiamare in altro modo. Esso è essenzialmente ridotto al lasciare al di sopra della ferita un lembo più o meno largo di cute, cosa che non ha alcuna importanza e nessuna buona influenza nei resultati. Questa denominazione impropria ha portato necessariamente ad una enorme confusione, al ritenere lesione sottocutanea quello che invece è una lesione aperta, complicata. La frattura lineare che noi produciamo col mio filo, anche salvando la cute, non è per nulla una frattura sottocutanea, è una frattura aperta.

Il mio filo va negli strati profondi della ferita facendo comunicare questi strati con l'esterno per due aperture; siano pure piccole quanto si vogliano, sono sempre sufficienti per togliere ogni carattere di sottocutanea alla lesione, particolarmente quando si pensi che una di queste aperture si apre ai genitali esterni.

Ora io domando: in queste condizioni di cose, come si può considerare e trattare la lesione come lesione sottocutanea, affrettandosi a chiudere e coprire di collodio le due aperture per le quali passò il mio strumento di dieresi ossea, lasciando quindi e detriti e sangue stravasato nella profondità dove il mio filo può aver trascinato i germi delle più gravi infezioni? Se la donna era infetta le conseguenze dovrebbero essere gravissime.

I casi trattati in questo modo sono oggi numerosi; rare, si deve riconoscerlo, sono per fortuna le loro conseguenze gravi.

La natura ha mirabilmente fornita la donna, nel periodo della maternità, di difese organiche tali e di tali poteri riparatori da farle superare i più gravi pericoli, ed i casi di infezione veramente grave devono essere certamente molto rari.

E guai se così non fosse. Però questo modo di trattamento della lesione chirurgica, se non dà conseguenze gravi, come sarebbe da aspettarsi, non dà nemmeno quei buoni resultati, che i propugnatori del metodo sottocutaneo si erano immaginati. I resultati, rispetto alla guarigione della ferita, non differiscono per nulla da quelli del metodo più chirurgico a cielo aperto anzi, se bene si considerano, resultano nell' insieme peggiori. In altra mia pubblicazione l'ho dimostrato. In quanto alla mortalità, argomento che si è voluto portare, e sul quale si sono imperniate tutte le affermazioni al Congresso di Dresda, essa offre una percentuale maggiore solo in apparenza, comprendendo essa le prime operazioni ed un numero molto minore di operate.

Il Prof. Pestalozza fece il drenaggio della frattura in vagina, zaffando la vasta anfrattuosità con la garza invece di farlo dalla via cutanea, come ei doveva; questa non può nè deve essere mai la regola. In quel caso fu rapido il riassorbimento dalle superfici cruentate dei monconi ossei e la donna moriva, come nei casi del Baumm ed in altri casi, per setticoemia acuta. Le lesioni del canale genitale per la localizzazione infettiva resultarono alla necroscopia gravissime, tali da farci con sicurezza ritenere che la donna certamente, con qualunque altro trattamento, sarebbe morta. Ma io domando come si può su questo solo caso fondare una rigida controindicazione ed insistervi con tanta pertinacia, come si può scindere, dico, quello che è conseguenza della infezione, da quello che è conseguenza logica e naturale del trattamento chirurgicamente poco corretto della ferita!

Nel Congresso ultimo della Società Italiana di ostetricia e ginecologia a Roma mentre il Prof. Pestalozza con lodevole intendimento volle fare una rivendicazione del pensiero italiano, affermando, egli, contro quanto era risultato nel Congresso di Dresda, non avere il metodo così detto sottocutaneo portato alcun vantaggio notevole nè modificato sostanzialmente l'atto operativo da me raccomandato e descritto fino dal 1894, nei fatti poi questa rivendicazione non apparve che come un meschino pretesto per riaprire e riaccendere questa polemica, che avrebbe dovuto essere chiusa per sempre non avendo base logica, essendo fondata sopra un errore chirurgico.

Questo errore, che non è stato commesso nè per primo nè soltanto dal Prof. Pestalozza, toglie a molti casi ogni valore dimostrativo e questo valore diminuisce ancora se noi contrapponiamo ai resultati di questi trattamenti poco chirurgici, quelli di guarigione ottenuti col trattamento chirurgico corretto. Chiusura della breccia vaginale, largo drenaggio dalla via cutanea, ecco quello che la chirurgia insegna ed impone. Se si scartano dalla casistica i casi dove questo corretto trattamento chirurgico non fu seguito, resta ben poco per fondare un giudizio sicuro e la mortalità nella donna infetta diminuisce notevolmente. I casi di morte in primipare ed in pluripare indistintamente si riducono a pochi casi di grave infezione settica nei quali noi accettiamo che la controindicazione sia posta, invocando però dalla clinica i mezzi per poter fondare una diagnosi in questi casi e poterli sicuramente escludere dall'atto operativo.

Se questo avesse sostenuto l' illustre clinico di Roma nessuno avrebbe mai pensato a contraddirlo. Ma egli volle sostenere col peso, ahi troppo grande! della sua autorità, quello che non è sostenibile con la logica e contro la logica clinica nulla si può sostenere.

Nella importante Relazione sulle operazioni dilatanti il bacino del Prof. Döderlein al Congresso di Dresda ecco quanto vi è contenuto a questo riguardo.

« Oggi siamo tutti d'accordo nel porre in primissima linea come « controindicazione assoluta al taglio cesareo l'infezione genitale (qui « almeno con questa parola il concetto è più determinato) per la

« triste esperienza fatta e che anche oggi si va confermando piena-
« mente.

« L' operazione di Porro soltanto può permettere l' intervento « in questi casi. Un grande vantaggio quindi ci viene offerto dalle « operazioni dilatanti il bacino, quello di permetterci, senza grande « rischio, di salvare la vita della madre e del feto. Io credo però, « per i fatti qui riportati sul taglio extramediano in donne con infe- « zione genitale, che si debba in questi casi procedere con molta « prudenza ».

Egli ricorda come su 173 operate con metodo sottocutaneo 24 erano donne infette ed in queste si ebbero 3 morti, una percentuale quindi del 12.5 %. Nelle altre 169 ne moriva di sepsi una sola.

Come si vede l' operazione nelle infette ha presso a poco la stessa mortalità che presenta nella massa la vecchia sinfisiotomia e questa mortalità viene molto ma molto ridotta se si tolgono da essa i casi di non corretto trattamento chirurgico della ferita.

Per tutte queste considerazioni noi possiamo ritenere che la mortalità, in questi casi, sarà in avvenire minore. Nessuna ragione dunque di rigide controindicazioni di una distinzione assoluta fra multipare e primipare, ma semplicemente una raccomandazione di prudenza nelle forme gravi, nelle forme di infezione settica.

Prima di chiudere questo mio lavoro io devo toccare una questione, che, per quanto non abbia rapporto diretto col tema, è a questo tema in certo modo intimamente legata. Questione che io credevo che più non si dovesse discutere, almeno fra noi. Quello che a Roma più mi dispiacque e mi irritò, più di questa meschina riaccensione di una polemica che io consideravo chiusa, fu il sentire dal Prof. Pestalozza mettere in dubbio l'argomento fondamentale di tutta questa opera di ricostruzione potente e felice, l' importanza cioè che ha negli esiti la differenza sostanziale chirurgica che corre fra le due operazioni, la sinfisiotomia ed il taglio lateralizzato, per la loro diversa natura.

Solo ammettendo la indiscutibile verità della ragione chirurgica che io ho portato nella mia critica alla sinfisiotomia, tutto il vasto tema si riveste di luce e prende i suoi contorni definiti e chiari. Si comprende allora la grande diversità delle due operazioni ed i loro diversi destini. Solo in questa luce appariscono le deformità organiche della sinfisiotomia e si comprende la fatale necessità dei suoi resultati, e, nella completa armonia con le leggi chirurgiche nelle quali apparisce la nuova operazione, nasce profonda la fede sulla sua importanza e nel suo avvenire. Se dopo 14 anni una cosa così elementare non è stata capita, vuol dire che non si vuol capire, o non siamo capaci di capire e sarebbe inutile insistere. Ma siccome qui sta il fondamento di tutto, qui la spiegazione naturale dei fatti, la guida per le deduzioni logiche e razionali che si possono trarre, qui il merito maggiore mio e della ostetricia italiana, così io intendo insistervi, vergognandomi della necessità di dover ripetere tante volte una cosa così elementare, non comprendendo come si possa conce-

pire, nel momento in cui si intende fare una rivendicazione del pensiero italiano, una così mostruosa mutilazione. Ecco perchè il pensiero del Prof. Pestalozza in questo argomento ondeggia incerto, senza struttura, in piena contraddizione ed indefinito. Ecco perchè egli non concepisce l'enorme progresso che l'ostetricia moderna ha fatto e crede, come va dicendo, che tutta l'opera mia in questo campo fecondo sia compresa e debba essere compresa nella povera invenzione di uno strumento chirurgico. Egli non ha il coraggio di gridare alto e pubblicamente questo suo convincimento, come fece il Prof. Zweifel, ma lo va sussurrando qua e là quasi per giustificare la sua poco benevola condotta a mio riguardo.

Che gli ostetrici della Germania abbiano interesse e non vogliano vedere la giustezza delle mie critiche, lo comprendo, li scuso e li ammiro. Ammettendo le ragioni chirurgiche che io ho portato, cade completamente il valore del metodo sottocutaneo, e non sarebbe mai stata possibile quella ibrida e mostruosa resurrezione della vecchia sinfisiotomia sottocutanea, ma noi, se non ammettiamo la spiegazione che io ho dato alle cose, non sappiamo veramente come renderci ragione dei fatti e vagando nell'incerto immobilizziamo il nostro pensiero.

Le ragioni chirurgiche, le considerazioni dalle quali ho tratta l'idea conduttrice sono è vero così elementari e semplici che nulla di sublime, nulla di difficile vi è nella concezione loro; ma che per questo? Questo tema è nella ostetricia, fino dal 1768, espresso nel modo più mirabile dal genio di Sigault: tutti l'hanno studiato, nessuno ha veduto quello che era facile vedere solo si fossero analizzati i fatti senza preconcetto. Io questo ho fatto; ed ho potuto così trarre con i più semplici mezzi i più grandi effetti in questo vecchio tema. Io però non ne dovrei avere, per il Prof. Pestalozza, merito alcuno solo perchè Champion e Stoltz, che hanno scritto per me come per gli altri, mi hanno in questo, per ben altre ragioni, preceduto.

Riprendiamo le fila sparse del nostro lavoro e concludiamo.

Il taglio lateralizzato del pube, portando la ferita chirurgica fuori della sfera genitale, la rende in certo modo, anche per la natura più resistente dei suoi tessuti, come non poteva essere e non era nella sinfisiotomia, indipendente dalle possibili successioni morbose del puerperio.

Per questo fatto clinico l'operazione può, in linea generale, essere indicata nelle donne genitalmente infette, siano esse primipare o no.

Le lacerazioni delle vie genitali nelle primipare e più specialmente la più temibile, la lacerazione della parete vaginale in corrispondenza della linea di frattura, non sono frequenti, quando si riduca l'intervento ostetrico dopo il taglio del bacino ai soli casi dove insorga chiara la indicazione d'urgenza.

In questi casi di parto in primipara una prudente preparazione delle vie genitali o l'incisione vagino-perineale della parete opposta alla sezione pubica, possono bastare ad impedire la pericolosa comunicazione della frattura col canale utero-vaginale.

Quando non ostante queste precauzioni, necessariamente o accidentalmente, avvenga la lacerazione della vagina in questo punto, essa deve essere sempre *accuratamente suturata*, e la ferita cutanea deve essere trattata *aperta*. Per questo, in tutti i casi di intervento in donna genitalmente infetta o sospetta di infezione, il metodo operatorio di necessità deve essere a cielo aperto, la ferita nella sua profondità deve essere con ogni cura liberata dai detriti e dal sangue travasato e deve essere largamente drenata.

Queste regole di chirurgia generale, che dominano il trattamento delle ferite infette e che devono essere seguite senza eccezione nel trattamento delle fratture complicate, devono essere seguite scrupolosamente e senza eccezione nel trattamento del taglio lateralizzato in donne genitalmente infette siano esse primipare o no.

Poste così le basi della nostra condotta chirurgica in questi casi, noi potremo intervenire col taglio lateralizzato nei casi di infezione sia nelle primipare che nelle multipare.

Noi arriveremo così nella esperienza avvenire ad un numero limitatissimo di casi nei quali troveremo che, non ostante il trattamento razionale e rigoroso seguito, l'atto operativo, ridotto alla sua forma più semplice, aggrava le condizioni della donna e conduce a conseguenze fatali.

In questi casi rarissimi, che saranno dovuti a gravi infezioni settiche, il taglio lateralizzato sarà controindicato sia la donna o no primipara, si abbiano o non abbiano a temere le lesioni vaginali.

Queste noi crediamo siano le logiche conclusioni da trarsi dal ricco materiale raccolto. Così l'immortale idea di Sigault, la dilatazione cruenta del bacino nel parto, nella sua forma chirurgica, il taglio lateralizzato, si presenta in tutta la sua importanza e nel suo alto valore e finalmente potrà conquistare il posto che veramente le spetta nell'ostetricia moderna, come la più importante operazione della quale sia stata arricchita l'arte nostra dal forcipe al rivolgimento, dal taglio cesareo e vaginale al dilatatore di Bossi.

Sono dolente che, in seguito ad un malinteso, non essendo io a Genova, la prima parte di questo mio lavoro sia stata stampata senza che io la rivedessi e la riordinassi.

Le storie cliniche voleva fossero intercalate nel testo, mano a mano che la dimostrazione lo richiedeva. Sono stato costretto a raccoglierle in fine ad illustrazione dei seguenti punti del mio lavoro.

Indipendenza, nel taglio lateralizzato, della ferita chirurgica dalle eventuali complicazioni del puerperio, ed in certo modo dalle possibili infezioni intra partum.

Possibilità delle lacerazioni vaginali anche nelle pluripare infette.

Possibilità del parto senza lacerazioni nelle primipare e nelle primipare infette.

Efficacia dei mezzi atti a prevenire le lacerazioni della vagina in corrispondenza della frattura.

Trattamento chirurgico di questa complicanza e suoi ottimi resultati.

Conseguenze del non corretto trattamento chirurgico di questa complicanza.

Le storie avrebbero potuto essere molto più numerose per la ricchissima casistica che oggi presenta la mia operazione, ma io non ho voluto sovraccaricare il mio lavoro già lungo e perdermi in noiose ricerche, sembrandomi che le storie raccolte e più le argomentazioni debbano essere sufficienti a convincere coloro che vorranno seguire, senza preconcetto, la logica di questo mio lavoro.

W. 27 anni III para C. V. 70. — Il parto dopo lungo travaglio non progredisce. Si decide il taglio extramediano del bacino. Nulla di notevole nella operazione. Si estrae col rivolgimento un feto vivo del peso di 3050 gr. Il puerperio fu febbrile. La temperatura nei primi 17 giorni salì fino a 39.2 per processo puerperale. Dopo la temperatura decade ed in 29 giornate la donna si può dire guarita. Nessuna influenza sulla ferita chirurgica, che va per suo conto nel modo più semplice a guarigione.

Kannegiesser — Beitrag zur Hebotomie. — Archiv. f. Gynäk Bd 78. Heft I.

L. 32 anni IV para C. V. 70. — Non procedendo il parto non ostante validi dolori viene operata a domicilio col metodo per trasfissione del Bumm dagli assistenti della clinica. Servizio di Policlinica. Nulla di notevole nell'atto operativo. La donna partorisce spontaneamente dopo il taglio del bacino in pochi dolori. Feto vivo e sano. Puerperio febbrile, per processo puerperale la temperatura nei primi 7 giorni si mantiene alta, fino a 38.7. Nessuna influenza sulla ferita chirurgica che va senza complicanze a guarigione.

Hocheisen — Betrachtungen über 16 Pubiotomien mit der Nadel. — Archiv. f. Gynäk. Bd 80 Heft I.

N. N. 36 anni IX para. — Non ha un figlio vivo dopo tanti parti e lo desidera C. V. 80. — Non ostante i forti dolori la testa non si modella e non si impegna. Si decide l' intervento. Nulla di notevole nella operazione. Col rivolgimento si ottiene un feto vivo del peso di 3600 gr. Puerperio febbrile per processo puerperale. Nessuna influenza sulla ferita chirurgica che va senza complicanze a guarigione.

Hocheisen — l. c.

M. 36 anni VII para C. V. 90. — Dopo lungo travaglio non partorisce non ostante ripetuti tentativi di forcipe e di rivolgimenti fatti dal medico a casa. Viene mandata alla clinica. Temper. 38.1, polso 144. Si tenta inutilmente col forcipe Tarnier. Taglio extramediano del bacino col metodo di Baum. Trasfissione. Nulla di notevole nella operazione. Si estrae col forcipe un feto vivo di 3040 gr. Puerperio febbrile per processo puerperale. La temperatura sale a 39. Nessun disturbo sulla guarigione della ferita.

Hocheisen — l. c.

W. 27 anni II para. — Il giorno seguente all' inizio del travaglio si rompono le membrane. Il medico chiamato di urgenza applica 4 volte il forcipe sulla testa al di sopra dello stretto superiore. Cessano d' un tratto i dolori, si determina un dolore acuto a sinistra dell'utero e fuori esce dai genitali sangue. Viene mandata la donna alla maternità. Temp. 38.7. Polso 130 addominale. A sinistra si sente una lacerazione che si perde nel segmento inferiore. Si discute fra la craniotomia ed il taglio lateralizzato, il feto è vivo e si decide per questo. Il feto è estratto così senza difficoltà col forcipe e vivo e sano. Peso 4400 gr. Nella estrazione manuale della placenta si sente che dalla lacerazione uterina si penetra nel cavo addominale. Si zaffa la lacerazione con 12 m. di garza e si tampona l'utero. Dopo il parto la temperatura scende a 37.6 poi risale e rimane elevata fino a 39.2 per i primi

9 giorni; nei primi 4 giorni si ebbero anche fenomeni peritonitici. Dopo 4 settimane la donna lascia lo spedale guarita. La ferita pubica guarisce senza incidenti.

F. Frank. — Beitrag zur Pubiotomie. — Monatsschrift. f, Geburtsh. u. Gynäk. Bd XXIV. Heft. I.

N. N. 28 anni II para C. V. 85. — Non avvenendo il parto ed essendo riuscito infruttuoso il forcipe si invia la donna allo Spedale. La donna è febbricitante ed il liquido amniotico ha cattivo odore. Taglio extramediano. Estrazione col forcipe di un feto vivo e sano di 4500 gr. che cresce benissimo non ostante la putrefazione del liquido amniotico. La donna ha puerperio febbrile. La ferita pubica guarisce senza complicanze per prima.

Van de Velde — Zentralbl. f. Gynäk. N. 37. 1902.

W. I para C. V. 80. — Dopo 4 lunghi giorni di travaglio viene portata in clinica con temp. 38. Si decide di intervenire. Dilatatore Bossi. Taglio extramediano. Si estrae col forcipe un feto vivo e sano. Nessuna lacerazione. Puerperio normale. Guarigione della ferita pubica senza incidenti per prima.

Stöckel — Sympysiotomie oder Pubiotomie — Zentralbl. f. Gynäk. N. 3 1906.

R. 23 anni I para. — Dopo 3 lunghi giorni di travaglio la donna è esaurita e febbricitante. Temp. 37.6, polso 125. Sofferenza fetale. Taglio extramediano. Si estrae col forcipe un feto vivo di 29.80 gr. Nessuna lacerazione. Drenaggio della ferita pubica. Guarigione completa.

Seeligmann — Zur Hebotomie — Zentralbl. f. Gynäk N. 8. 1906.

M. I para C. V. 85. — Travaglio lungo, rottura precoce delle membrane. Temp. 37.8. Sofferenza fetale. Dopo aver cercato di affrettare e completare la dilatazione con le metrocurisi si interviene. Taglio extramediano. Si estrae col forcipe un feto vivo di 2300 gr. Si fanno le suture e la donna va a guarigione senza incidenti. Puerperio febbrile. Guarigione della ferita per prima.

Sitzenfrey Weitere Erfahrungen etc. — Prag. Med. Woch. 1905. N. 23.

W. 31 anno I para. — Dopo 60 ore di travaglio e molte giornaliere esplorazioni dalla levatrice viene portata in clinica febbricitante 37.6. Timpanismo uterino. Membrane rotte da tempo. Taglio lateralizzato senza incidenti. Estrazione col forcipe del feto vivo. Puerperio per molti giorni febbrile. Temp. 39.7. La ferita pubica era stata drenata. Essa guarisce dopo la espulsione di un tessuto necrotico.

Hammer — Kasuistischer Beitrag zur Hebotomie — Münch. Med. Woch. 1905. N. 20.

D. 27 anni I para C. V. 80. — Dopo 24 ore di travaglio e molte esplorazioni della levatrice viene portata in clinica. Temp. 37.7. Dilatazione incompleta. Temp. 38.8. Acceleramento del polso. Sofferenza fetale. Non volendo procedere alla craniotomia a feto vivo si sceglie il taglio lateralizzato. Nulla di notevole nella operazione. Si applica il forcipe, minaccia di lacerazione vaginale, incisione generosa vagino-perineale dalla parte opposta della frattura. Feto vivo di 3600 gr. Nel puerperio la temperatura massima raggiunge i 38.5. La ferita pubiotomica guarisce senza complicanze perfettamente.

N. N. 28 anni I para C. V. 80. — Dopo 41 ora di travaglio a membrane pienamente rotte viene condotta in clinica. Inerzia, sofferenza fetale. La donna è febbricitante. Il liquido amniotico putrefatto. Si decide il taglio extramediano. Nulla di notevole all'operazione. Estraendo il feto col forcipe senza difficoltà si determina la lacerazione della parte vaginale in corrispondenza della frattura. Si chiude la breccia accuratamente con 7 punti di sutura. Puerperio febbrile per trombosi delle vene crurali. Guarisce completamente e lascia la clinica col figlio.

L. II para C. V. 70. — Lungo travaglio, rottura precoce delle membrane. Temp. 38, polso 112. Si pratica il taglio lateralizzato. Nulla di notevole. Nella estrazione col forcipe lacerazione della parete vaginale e comunicazioni con la frattura. Sutura accurata della lacerazione. La donna ha un puerperio tempestoso ma esce dalla clinica col figlio (3700 gr.) perfettamente guarita.

R. B. 29 I para C. V. 65. — La donna era in travaglio da 84 ore con rottura precoce delle membrane. Molteplici esplorazioni della levatrice. Desidera il bambino vivo, e per questo viene mandata alla clinica. Data la C. V. non potendosi pensare ad un parto spontaneo si opera e si lascia il parto alla natura. La donna dopo l'operazione dice di star meglio, le contrazioni sono meno dolorose: nessun dolore alla ferita. Non c'è temperatura. Alla ferita si delinea subitouna tumefazione edematosa. Sopravviene l'inerzia, la donna prende un'espressione strana di apatia, ha singhiozzo e timpanismo uterino. Cominciano le sofferenze fetali. Si libera col forcipe. Dall'utero viene liquido fetente e gas. Nella estrazione si determina una vasta lacerazione comunicante con la frattura. Si sutura subito. Si lava la ferita con una soluzione alcoolica (alcool al 50 °/₀) di Lisolo, si spennella tutto il canale genitale con l'jodio. Si iniettano 40 ccm. di siero antistreptococcico Armson. Non ostante che fosse stata fatta la prognosi più infausta la donna guarisce rapidamente non presentando che una semplice elevazione termica 38.5 in quarta giornata. Vi era stata anche lacerazione della vescica.
Scitz. — Zur Frage der Hebotomie — Münch. Med. Woch. 1906. N. 42.

M. 22 anni I para C. V. 67. — Dopo lungo travaglio viene inviata alla clinica. Aveva subiti tre infruttuosi tentativi di forcipe. Temp. 38.2, polso 132. Sofferenza fetale. Si decide di intervenire col taglio lateralizzato. Nulla di notevole sulla operazione. Si applica il forcipe; minacciando però una lacerazione della vagina, si incide a sinistra con un taglio vagino-perinaele del lato opposto della ferita pubica. Il feto è vivo e sano e pesa 2600 gr. Sutura della ferita. Nei primi giorni temp. 38.6-40. Si decide di riaprire la ferita pubica. La febbre cade e la donna va senz'altro a guarigione.
Otto v. Franqué Weitere Bemerkungen zum Schambeinschnitt n. Gigli — Prag. Med. Woch. 1906.

C. 19 anni I para C. V. 80. — Il travaglio è lentissimo, le acque calate da 3 giorni. Temp. 38.2. Si affretta il parto col colpeurinter. Ma la parte presentata, il vertice, non progredisce e si decide l'intervento. Nella estrazione col forcipe minacciando lacerarsi la vagina, generosa incisione vagino-perineale a sinistra, dalla parte opposta della regione pubica. Si estrae un feto vivo di 2700 gr. Sutura, medicazione. Il puerperio decorre assolutamente normale. La ferita pubica guariva senza incidenti ad eccezione della insignificante suppurazione di un punto.
Otto v. Franqué — Weitere Erfahrungen etc. — Prag. Med. Woch. 1906.

Josefa M. 35 anni IV para. — Dopo 2 ½ giorni di travaglio viene inviata alla clinica. Non ha bambini vivi e ne desidera C. V. 80. La testa non scende non ostante i validi dolori. Si applica il colpeurinter per sollecitare la dilatazione dell'orificio. Frattanto la temperatura sale a 39.1. Dai genitali fuori esce liquido amniotico tinto di meconio e fetentissimo. Il feto si fa sofferente. Taglio extramediano del bacino. Nessun accidente. Si estrae col forcipe un feto vivo di 3680 gr. che cresce benissimo non ostante la putrefazione del liquido amniotico. Puerperio assolutamente normale. Guarigione della ferita per prima.
Sitzenfrey — Weitere Erfahrungen über Schambeinschnitt nach Gigli — Prag. Med. Woch. N. 23. 1905.

B. 37 anni II para C. V. 85. — Non ostante i forti dolori la donna non partorisce. Vien portata alla Maternità. Temp. 38.4. Feto vivo. Si decide di intervenire. Taglio extramediano. Si estrae col forcipe un feto vivo del peso

di 4000 gr. Temp. dopo l'operazione 38.5 arriva, nel giorno successivo a 39.4. Perdita lochiale purulenta. La donna muore in terza giornata. Non vien fatta la necroscopia. Non sembra vi sia stata alcuna lacerazione delle vie genitali.

Markwick — 5 Fälle von seittlicher Beckendurchsägung — These von Breslau.

N. N. 26 anni I para. — Dopo lungo travaglio sopraggiungendo la febbre 37.7, 108 polso e le sofferenze fetali, si tenta il forcipe. Riuscito infruttuoso il tentativo si procede al taglio lateralizzato. Si opera per trasfissione e l'operatore si accorge dal liquido che veniva dalla ferita di aver ferito la vescica. Dovette ritirare l'ago e ripassarlo con più cautela sulla guida del dito. Nell'estrazione col forcipe si lacera la vagina sino alla linea di frattura. Si chiude la lacerazione e si mette un grosso tubo a drenaggio sulla ferita cutanea. Catetere del Pelzer in vescica. Puerperio normale. Guarigione senza incidenti della ferita cutanea.

Semmelink — Kasüistische Beitrag — Zentralbl. f. Gynäk N. 48. 1906.

M. L. 31 anno I para C. V. 67. — Rottura precoce delle membrane. Travaglio di parto lunghissimo. La donna è portata nella clinica, — esaurita e febbricitante. Taglio lateralizzato. Nella estrazione del feto col forcipe si lacera largamente la vagina in corrispondenza della frattura. Si chiude subito la breccia vaginale dopo disinfezione e si drena la ferita esterna con garza. Il puerperio decorre ad eccezione di un solo rialzo termico verso i 38 assolutamente a febbrile. In seconda giornata si leva il drenaggio. La donna si alza in 23 giornate perfettamente guarita.

Reifferscheid — Zur Pubiotomie — Zentralbl. f. Gynäk N. 42. 1905.

P. 29 anni I para C. V. 92. — Condilomi acuti ai genitali. Dopo 60 ore di travaglio è mandata alla clinica. Si decide di intervenire perchè la parte presentata non progredisce, si mantiene alta nello stretto superiore e l'utero minaccia rompersi. La donna è in buona condizione, non ha temperatura, il feto non è sofferente. Metodo di Döderlein. Nulla di notevole alla operazione. Si estrae col forcipe un feto vivo e sano di 3200 gr. Nella estrazione col forcipe fuori esce un liquido sospetto dell'utero, denso, puriforme, fetidissimo. Si nota timpania dell'utero e formazione di gas fetido. Lacerazione della vagina in corrispondenza della frattura. Disinfezione e sutura della lacerazione col catgut. La ferita esterna è suturata e chiusa e si pone una fascia di gomma intorno al bacino. In 2 giornate polso 120. Meteorismo. Edema delle grandi labbra. Si iniettano 40 cm. di siero antistrettococcico dell'Armson. Il giorno seguente brividi e dolorabilità della ferita pubica. Si toglie la cintura di gomma e si trova la pelle arrossata ed edematosa, la ferita infetta l'ematonis suppurato. Si riapre tutto. Ma il giorno seguente l'infiltrazione si estende rapidamente su al di sopra del legamento di Poupart. L'edema presenta un crepitio distintissimo. La donna si aggrava rapidamente e muore. Alla necroscopia si trova un flemmone gravissimo che si estende a tutta la metà destra delle pareti addominali. Endometrite difterica. Pelvi peritonite.

VI para 35 anni C. V. 82 — E' accolta in clinica per la interruzione della gravidanza nella seconda quindicina dell'VIII mese. Le membrane si rompono precocemente, il travaglio procede lento, la parte presentata, il vertice, non avanza; la temp. sale ai 38. Taglio lateralizzato. Estrazione col forcipe; lacerazione vaginale comunicante con la frattura. Zaffo e drenaggio della frattura in vagina. Morte per setticemia acuta.

IV para 25 anni C. V. 95. — Dopo aver tentato il forcipe, taglio del bacino tem. 38,5. Si lacera nella estrazione col forcipe la vagina in corrispondenza della frattura. Zaffo vaginale; per morte setticoemia acuta.

Non detto in questi due casi. se la sutura della ferita cutanea fu fatta con mani scrupolosamente asettiche, i resultati sono stati però uguali, come uguale era sato dal punto di vista chirurgico il trattamento della frattura.

Baumm. — Comunicazione epistolare — 17 Giugno 093.

I para 25 anni C. V. 82; membrane rotte da due giorni e da quasi due giorni in travaglio. Temp. 38,4. Si tenta il forcipe senza resultato, essendo la testa allo stretto superiore. Taglio lateralizzato. Nulla di notevole nella operazione. Però nella estrazione del feto col forcipe si lacerano le pareti vaginali in corrispondenza della frattura. La frattura comunica col canale vaginale. Zaffamento e drenaggio della frattura in vagina. La sutura della ferita cutanea è fatta dal Prof. Pestalozza con mani scrupolosamente asettiche. ciò non ostante la donna muore in terza giornata per setticoemia acuta.

Guicciardi — Taglio lateralizzato in primipara.
Ginecologia N. 2 1906.

Clinica Ostetrico-Ginecologica della R. Università di Genova
diretta dal Prof. L. M. Bossi

Tossicità Placentare e Paratiroidi.

pel **Dott. A. ZANFROGNINI** *(Libero Docente)*

Ogni organo è dotato di un certo grado di *tossicità*, intendendo con questa espressione di affermare che i suoi elementi introdotti nell'organismo, in condizioni diverse dalle naturali, sono capaci di perturbarne alcune delle funzioni vitali elementari. Nessun significato fisiologico ben determinato può essere attribuito a questa *tossicità globale* dell'organo. Essa infatti è il risultato dell'azione complessiva di sostanze tra loro diversissime.

Innanzi tutto: ogni organo ha una tossicità specifica legata ai proteidi stessi, che ne costituiscono il cario e cito-plasma: questo fatto è assicurato rigorosamente con la dimostrata esistenza di cito-tossine, citolisine, citoprecipitine specifiche per molti organi; la comparsa di queste sostanze prova che l'organismo può reagire contro sostanze estranee dannose.

Oltre a ciò può in un organo, agire a guisa di sostanza tossica, lo stesso prodotto fisiologico della sua secrezione: così l'alta tossicità degli organi cromaffini è in rapporto essenzialmente col loro contenuto in paraganglina.

In altri organi poi hanno una prevalente azione tossica alcuni prodotti regressivi del ricambio cellulare, come avviene per il muscolo affaticato, e come è forse il caso per la capsula surrenale.

La tossicità globale di un organo è legata dunque in parte a sostanze che fisiologicamente si riscontrano in circolo in piccola quantità, in parte a sostanze, che, nelle condizioni normali di vita, non abbandonano mai la cellula; e si esplica quando queste sostanze vengano a circolare in eccesso nell'organismo, confrontando la loro azione nociva coi vari elementi in contatto dei quali vengono a trovarsi. Ora nello studio sperimentale della tossicità degli organi la scelta della via d'introduzione degli estratti nell'organismo è di importanza fondamentale, poichè ad essa sono tanto subordi-

nati gli effetti che spesso un organo dimostrante elevata tossicità se iniettato per una via, manifesta per altra via un' azione pressochè indifferente.

Questo fatto lascia comprendere come la tossicità degli organi sia una tossicità *sui generis*, nella quale, oltre l'azione generale e costante di principî definiti, vanno tenute in considerazione le reazioni locali, che si stabiliscono fra l'estratto organico e le prime cellule viventi dell'organismo con le quali esso viene in contatto: e tra queste cellule ve ne sono che attenuano l'azione dannosa dell'estratto, ve ne sono che la aggravano.

In linea generale, se il passaggio nel circolo sanguigno e linfatico avviene con una certa lentezza, l'organismo ha tempo a dispiegare una energica reazione di difesa e i fenomeni tossici possono essere grandemente attenuati: così, in rapporto al loro più rapido assorbimento, le iniezioni sottocutanee di organi altamente tossici spiegano spesso più rapidamente la loro azione che non le iniezioni endoperitoneali; si aggiunga che per quest' ultima via, una parte dei principî assorbiti, passando attraverso il fegato, subisce gli effetti dell' azione antitossica generica di quest'organo. Le iniezioni nel peritoneo riescono invece più funeste quando per la scarsa tossicità dell' organo si praticano iniezioni di forti quantità di estratti che solo imperfettamente vengono allora assorbiti per la via sotto-cutanea.

Ancor più complesso è il problema se si sceglie come via d' introduzione il circolo venoso periferico. Infatti i costituenti proteici degli organi (segnatamente i nucleo-proteidi) determinano profonde alterazioni morfologiche e chimiche della crasi sanguigna, variabili a seconda della rapidità con cui l'iniezione vien praticata e della concentrazione del liquido iniettato. Pochi grammi di estratti organici concentrati, iniettati rapidamente nelle vene, uccidono di regola l'animale con trombosi polmonari; le iniezioni lente di quantità molto maggiori hanno invece diverso effetto; il sangue perde della sua coagulabilità, i globuli bianchi scompaiono dal circolo perchè in gran parte distrutti e i prodotti altamente tossici della loro distruzione esplicano la loro azione secondaria sull'organismo (1).

I risultati che si ottengono sperimentalmente dall' uso di queste tre principali vie d'introduzione degli estratti non possono perciò essere considerati sotto lo stesso punto di vista, quando si voglia valutare il grado di tossicità totale di un organo, poichè a ciascuna di esse corrisponde una rapidità di assorbimento diversa, e reazioni locali diverse.

Aggiungerò ancora che in questo studio non va dimenticata l'importanza della scelta dell'animale da esperimento, essendo varia la resistenza, secondo che si saggia su animale omogeneo od eterogeneo: basta solo pensare alla diversa azione del sangue nell' un caso e nell' altro, e alla impossibilità di sottrarre completamente all'organo il sangue che esso contiene.

Queste brevi considerazioni ho voluto far precedere perchè esse bastano a spiegare molte apparenti contraddizioni fra gli osservatori che hanno istituite ricerche sulla tossicità dell'organo che ci interessa: sulla placenta.

Palazzi (2) iniettando per via endovenosa ai conigli estratti di placenta umana in soluzione fisiologica di cloruro di sodio, filtrati per Chamberland,

(1) Carbone e Zanfrognini. Azione dei costituenti chimici dei linfociti etc. Atti R. Accademia di Siena. Modena 1906.
(2) Infezioni ed avvelenamenti del feto. Annali di Ostetricia e Ginecologia 1901, p. 215.

trova che l'animale tollera alte dosi di estratto (270 c. c.) e conclude che la placenta non è tossica. Egli iniettava l'estratto con la velocità di c. c. per minuto primo.

Rabecchi (1), per iniezione endovenosa al cane, dimostra tossici gli estratti in toto di placenta umana: la dose tossica mortale sarebbe del 0,62 °/₀ in peso d'animale.

Le manifestazioni tossiche (sangue incoagulabile, depressione, fenomeni nervosi etc.) sono qui essenzialmente in rapporto con la diretta introduzione in circolo delle sostanze proteiche del nucleo e del protoplasma. Quest' azione non si esplicava nelle esperienze del Palazzi, il quale con la filtrazione alla Chamberland, sottraeva all'estratto la maggior parte di queste sostanze: inoltre, benchè non mi risulti con certezza, l'iniezione praticata dal Rabecchi doveva essere superiore ai 2 c. c. per m.'

Mirto (2) trova che per via sottocutanea ed endoperitoneale la placenta è tossica per animali omogenei a 1-1,5 °/₀ in peso; la placenta umana normale non sarebbe tossica per questa via, per la cavia e per il coniglio, più che non lo siano gli estratti di rene e di fegato che lo sono assai poco.

Politi (3) osserva che gli infusi di placenta umana sono tossici per via endovenosa negli animali; non tossici per via sottocutanea: gli estratti di placenta, ottenuti col metodo Wooldridge, sono molto tossici per via endovenosa; e ciò conferma quanto sospettavamo, cioè che l'alta tossicità delle iniezioni endovenose sia qui essenzialmente in rapporto all'azione diretta dei nucleo-proteidi placentari nel sangue, azione paragonabile a quella dei nucleo-proteidi degli altri organi.

Già Cocchi (4) aveva rilevato l'azione tossica dei nucleo-proteidi placentari. Le ricerche di Ferroni (5) mostrerebbero però che anche altre sostanze contenute nella placenta normale possono esplicare azione tossica sull'organismo.

La tossicità degli infusi placentari veniva poi implicitamente affermata dalle note ricerche di Weit, di Weichardt, di Ascoli, di Liepmann, i quali per i primi dimostravano la comparsa di albuminuria negli animali trattati con placenta umana, e la possibilità di ottenere sieri citotossici, citolitici e precipitanti specifici per la placenta.

Io aggiungerò qui, a guisa di corollario, i risultati di alcune mie ricerche sull'argomento, le quali giustificano le premesse e le riserve fatte più in alto.

Dalle mie osservazioni io ritengo inesatto che si possa affermare con Capaldi (6) che la placenta non è un organo tossico, ma credo però che la sua tossicità debba essere circoscritta entro termini molto ristretti.

In realtà una cavia di 500 gr. tollera 1 iniezione endoperitoneale di 5-10 gr. di tessuto placentare normale di donna, senza grave reazione. Suc-

(1) Sulla tossicità del tessuto placentare, L'anno scolastico 1900-01 dell'Istituto Ostetrico-ginecologico di Torino.

(2) Tossicità placentare. Annali di Ostetricia e Ginecologia 1904. Vol. I, p. 259.

(3) Sulla teoria ovulare nella patogenesi dell'eclampsia puerperale. Archivio di Ost. e Gin. 1903, p. 65.

(4) Annali Ostetricia e Ginecologia 1901, pag. 981.

(5) Qualche osservazione sui precipitati alcoolici degli infusi glicerici di placenta. Milano. Cogliati 1903.

(6) Archivio di Ostetricia e Ginec. 1903, p. 407.

cede immediatamente all'iniezione un certo accasciamento, riferibile essenzialmente al trauma peritoneale; nei giorni successivi la cavia va spesso incontro a dimagramento; ma poi di regola si ristabilisce perfettamente. E' una eccezione che la cavia soccomba.

Il coniglio, proporzionalmente al suo peso, è meno resistente della cavia. L'iniezione endoperitoneale di placenta nella quantità di 1-2 °/₀ del suo peso determina spesso albuminuria, come Veit già aveva osservato, in tenue quantità: talora il coniglio muore dopo 15-20 giorni dall'iniezione, e la morte è preceduta da un progressivo dimagramento. In questi casi, alla sezione, non si trovano lesioni specifiche: esclusa l'infezione del peritoneo. Nel sangue raccolto in vita si osserva emolisi, e alla distruzione degli eritrociti tien dietro una scarsissima rigenerazione di globuli rossi. E' quindi certo che qui ci troviamo di fronte a un lento e progressivo intossicamento.

Tentai anche le iniezioni sottocutanee di estratti placentari, ma stante la notevole quantità di estratto che occorreva iniettare, anche frazionandola in parti diverse, mi parve che i risultati fossero poco attendibili. Iniettato l'estratto sotto cute e tra le aponeurosi muscolari in considerevole quantità, la parte liquida dell'estratto viene assorbita rapidamente, mentre la parte solida si trasforma a poco a poco in un detrito pioide, sterile, se l'iniezione fu asettica, che può venire incapsulato per la reazione del connettivo circostante.

Le iniezioni endovenose hanno invece un diverso effetto che vuol essere particolarmente ricordato. La placenta, lavata dal sangue, asciugata con carta bibula, è finamente pestata con vetro; la poltiglia è trattata per 3-4 ore in ghiaccio con 4 volumi di soluzione fisiologica sterile indi filtrata per garza a parecchi doppi: si ottiene un liquido denso, torbido, di colorito roseo, nel quale microscopicamente si dimostrano ancora alcuni elementi staminali intatti, insieme con un detrito risultante dal disfacimento degli altri.

Scelto come animale di esperimento un coniglio robusto di 2000 gr. e come via d'introduzione la vena auricolare, bastano 10 c. c. dell'estratto, iniettati rapidamente con una siringa, per provocare la morte con fatti convulsivi. All'autopsia si osservano trombosi nella cava discendente e nel cuor destro fino alle più fini diramazioni polmonari; il sangue raccolto dalla cava discendente e dalle sovrepatiche è invece liquido ed ha scarsa tendenza alla coagulazione.

Lo stesso estratto iniettato alla dose di 15 c. c., nella vena auricolare di un altro coniglio ma con lentezza (c. c. 1,5-2 per m.') determina un quadro diverso: l'animale si presenta sovraeccitato e, abbandonato a sè, corre a caso, battendo del muso contro gli ostacoli; è dispnoico, la pressione del sangue è considerevolmente abbassata: subentra un periodo di calma, quasi di sopore, durante il quale, e per parecchie ore, l'animale non mangia. Il giorno appresso ogni fenomeno è scomparso. Se si è avuta cura di contare i globuli bianchi prima dell'iniezione e si ricontano $^1/_2$ ora dopo di questa si trova che la diminuzione è cospicua: cito due osservazioni:

	Globuli bianchi		Iniezione estr. placenta	Globuli bianchi	
	alla carotide	nel circolo perif.		alla carotide	nel circolo perif.
Coniglio gr. 2050	8700	9300	12 c. c.	3850	4050
id » 2200	—	7500	15 c. c.	—	3120

Se poi dopo l'iniezione, con le cautele necessarie, raccogliamo il sangue della carotide, a mezzo di cannula paraffinata in provetta paraffinata, osserviamo che il sangue rimane parecchie ore perfettamente liquido.

Queste modificazioni del sangue sono la prova inconfutabile che la tossicità degli estratti placentari iniettati per il sangue è dovuta principalmente alla presenza dei nucleo-proteidi, e specialmente di quelli appartenenti al gruppo del nucleo-istone. Infatti io ho replicatamente iniettati nelle vene gli estratti placentari privati dei nucleo-proteidi per mezzo della precipitazione con acido acetico, e convenientemente neutralizzati, e non ho più riscontrato in essi attività tossica notevole, mentre il precipitato, ridisciolto, conservava tutte le proprietà tossiche dell'estratto in toto.

In base a questi risultati noi ci spieghiamo facilmente le differenze d'azione degli estratti placentari inerenti alle modalità della iniezione. In seguito all'iniezione endovenosa rapida il gruppo nucleo-istone degli estratti si scinde nei gruppi nucleina e istone: questa stessa scissione accade rapidamente nei globuli bianchi distrutti, e per la prevalente azione della leuconucleina si stabiliscono estese trombosi, causa immediata della morte dell'animale. Ma se l'iniezione è lenta la leuconucleina viene, a mano a mano che si forma, distrutta nel fegato sì che prevale l'azione dell'istone, anticoagulante. Sono quindi le reazioni locali che si stabiliscono fra gli estratti e il sangue, e sono anche i prodotti di distruzione dei globuli bianchi del sangue che rendono tossici gli estratti placentari iniettati per le vene. La causa di queste reazioni è da ricercarsi nei nucleo-proteidi placentari.

E così spieghiamo assai bene la scarsa tossicità di questi estratti per iniezione endoperitoneale o sottocutanea, poichè sappiamo che la descritta azione sul sangue si ha esclusivamente quando i nucleo-proteidi vengano direttamente introdotti nel circolo. L'assorbimento lento permette che entrino in azione gli organi di difesa e gli emuntorî e rende poco apprezzabile la reazione del sangue.

Concludendo: io credo si possa affermare che la placenta è un organo dotato di un certo grado di tossicità. Con la esistenza di questa tossicità s'intende semplicemente di affermare che alcuni dei costituenti normali dell'organo sono suscettibili di provocare, in condizioni artificiali, alterazioni più o meno profonde del metabolismo organico, immediate e remote, variabilissime poi a seconda delle modalità d'esperimento, sovratutto per il fatto che contro queste sostanze l'organismo possiede mezzi adeguati di difesa i quali, in condizione favorevole, possono perfettamente neutralizzarne l'azione nociva.

Ciò è forse utile ripetere; perchè nell'attribuire un significato a cotesta tossicità della placenta noi dobbiamo radicalmente bandire il concetto che di essa tossicità possano essere una diretta dipendenza quelle manifestazioni tossiche che eventualmente si osservano nell'organismo di una gravida. Infatti la nostra tossicità sperimentale noi saggiamo con l'iniezione in circolo di elementi morti e disfatti, e constatiamo che di questi l'azione dannosa è attribuibile specialmente al gruppo dei nuclei-proteidi, cioè proprio a quegli elementi che costituiscono parte integrale della cellula e ne comandano il ricambio; ma senza mai abbandonarla: in nessun caso la natura porta questi elementi a contatti anormali con l'organismo in quantità tale e con modalità tali che ripetano le condizioni del nostro esperimento e provochino le manifestazioni tossiche relative.

Se in condizioni fisiologiche la tossicità della placenta appare minima, in certi stati patologici sembra invece raggiungere un grado assai elevato. Su questo fatto anzi poggia una delle sue basi la teoria ovulare delle autointossicazioni gravidiche (1). Politi (2) stabilendo un confronto fra la tossicità degli infusi placentari di gravidanze normali e complicate, ha dimostrato che per via endovenosa la placenta delle gravide albuminuriche è più tossica che quelle di gravide normali, e che un massimo di tossicità raggiungono le placente nell'eclampsia. A me risulta che anche per via endoperitoneale la placenta delle eclampsiche spiega una tossicità considerevole, sino ad uccidere in qualche caso la cavia al 0,5 °/₀ in peso in un periodo di tempo che va da 22 ore a 3 giorni. Politi ritiene che questo fatto sia in rapporto con una maggior tossicità dei nucleo-proteidi, ma io riterrei che vi avesse parte importante un altro fattore. Infatti anche in altre complicanze, estranee alle intossicazioni gravidiche, la tossicità placentare appare aumentata. Ricordo come Gioelli abbia dimostrato in questa clinica che la placenta di donne affette da tisi polmonare, iniettata nel peritoneo, è tossica per le cavie, le quali muoiono a lunga scadenza con gravi fenomeni distrofici generali e senza presentare alcuna localizzazione del processo specifico. Di queste cavie esaminai spesso il sangue, fortemente oligoemico; la capsula surrenale, che presentava considerevole ipertrofia e iperattività funzionale della sua zona corticale; il rene, il fegato, con leggieri, ma evidenti fatti degenerativi: e mi parve fuor di dubbio fosse la morte dovuta a un processo di vera e propria intossicazione. Ciò fa logicamente pensare che la placenta sia un organo capace di arrestare, senza distruggerle o distruggendole con grande lentezza, alcune sostanze tossiche circolanti. Non avverrebbe altrettanto nell'albuminuria e nell'eclampsia per i veleni del ricambio immessi in circolo e non eliminati e non distrutti?

Su questa ipotesi, e in base al concetto già da me altre volte difeso che l'insufficienza funzionale delle ghiandole paratiroidee può avere un'importanza etiologica di prim'ordine nello scoppio delle gravi manifestazioni autotossiche della gravidanza, che si compendiano sotto il nome di *eclam-*

(1) Pestalozza. Sull'eclampsia puerperale. Bollettino R. Accademia medica di Genova 1893.
(2) Archivio Ostetricia e Ginec. 1903. p. 65.

psia, ho voluto vedere se si riesce ad attenuare la tossicità di queste placente, fornendo in eccesso all'organismo il supposto elemento protettore. Con ciò si sarebbe dimostrata una diretta azione neutralizzante della paratiroide nelle sostanze tossiche della placenta, meglio che non avesse fatto Fromme, il quale era giunto a questa conclusione, avendo visto morire i conigli paratiroidectomizzati ai quali iniettava emulsioni di placenta nel peritoneo e sopravvivere i controlli ai quali praticava le stesse iniezioni. Sulla interpretazione dei risultati del Fromme io aveva già fatto delle riserve (1) non parendomi affatto dimostrata l'azione neutralizzante specifica delle paratiroidi.

Io portai le mie ricerche su una placenta di albuminuria grave, di donna pluripara, che ebbe un parto prematuro spontaneo in Clinica, e sulla placenta di una eclampsica, primipara, entrata in Clinica in istato comatoso e operata di parto forzato col metodo Bossi.

Le placente, spremute dal sangue, erano pestate in mortaio e trattate con due volumi di soluzione fisiologica: la poltiglia, passata per garza, era iniettata con un grosso ago nel peritoneo. L'estratto di paratiroidi, o paratiroidina, fornitomi dall'Istituto di Patologia generale di Modena, era iniettato o nell'addome insieme con l'infuso placentare o sottocute.

Dirò subito che i risultati furono nell'un caso e nell'altro altrettanto inattesi quanto concordi.

1.° Le cavie iniettate con la sola emulsione placentare ebbero sintomi di grave depressione nelle prime 12 ore, poi si ripresero e sopravissero.

2.° Le cavie iniettate contemporaneamente nel peritoneo con placenta e con estratto paratiroideo morirono nelle prime 24 ore dall'iniezione.

3.° Le cavie iniettate con la placenta nell'addome e con la paratiroidina sottocute si comportarono come i controlli, e sopravissero tutte.

Placenta di albuminurica:

Cavia: peso	Estr. placentare	Estr. paratiroideo	Esito
510	10 c. c. peritoneo	—	Lieve stato depressivo
480	» »	—	Lieve risentimento
470	» »	1 c. c. peritoneo	† Morta dopo 20 ore
550	» »	2 c. c »	† Morta dopo 24 ore
420	» »	2 c. c. »	Nessun risentimento

(1) Zanfrognini. Autointossicazione gravidica ed insufficienza tiro-paratiroidea. — Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginec. Vol. XII.

Placenta di eclampsica:

Cavia: peso	Estr. placentare	Estr. paratiroideo	Esito
550	8 c. c. peritoneo	—	Abbattimento transit.
520	" "	—	Stato depressivo per 12 ore c. dimagramen.
460	" "	2 c. c. peritoneo	† Morti dopo 12 ore
540	7 c. c. "	3 c. c. "	† " 18 ore
420	8 c. c. "	3 c. c. sottocute	Leggero abbattimento: dimagramento
450	5 c. c. "	5 c. c. "	Nessuna reazione notevole

Di fronte al fatto che la paratiroidina si mostra capace di attivare la tossicità delle placente di donne albuminuriche ed eclampsiche, io volli vedere se questa stessa azione si manifestasse anche per le placente normali. In quest'ordine di idee io eseguii ripetute esperienze, iniettando a cavie fino il 2 °/₀ del loro peso di tessuto placentare e quantità di paratiroidina oscillanti da gr. 0,5 a gr. 3 per animale. Successivamente saggiai ancora l'azione biologica della paratiroidina sui nucleo-proteidi di placente normali; infine provai l'iniezione nella cavia di sangue di donna normale, a termine di gravidanza, addizionato con paratiroidina. Le conclusioni che risultarono da queste esperienze sono le seguenti:

1.° La paratiroidina non spiega una manifesta azione attivante sulla tossicità delle placente normali.

2.° Anche la sua azione sulla tossicità dei nucleo-proteidi di queste placente è negativa.

3.° La tossicità del sangue di donna gravida a termine non è influenzata dall'aggiunta di paratiroidina.

Di fronte a questi risultati ci sentiamo tentati di avanzare una spiegazione, poichè essi presentano un interesse non solo sotto un punto di vista puramente scientifico, ma anche, almeno apparente, sotto un punto di vista pratico. A prima vista infatti sembrerebbe che essi giustificassero le riserve avanzate da Mangiagalli e da Pestalozza sull'utilità della paratiroidina nella eclampsia, sembrando che qualche volta essa aggravi le condizioni della paziente sino a poter essere considerata come il momento determinante dello scoppio delle convulsioni (1). Però va sottolineato il fatto che nel nostro esperimento, per l'attivazione della tossicità placentare, si è mostrata condizione necessaria che la iniezione di paratiroidina sia fatta

(1) XII.a Adunanza della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. Milano 1906.

unitamente a quella di placenta, si che le due sostanze formino un miscuglio: quando s'inietti la paratiroidina sottocute la sua azione attivante è nulla, anche se la quantità iniettata è cospicua: ciò fa supporre che il contatto, che si stabilisce in circolo fra l'estratto paratiroideo e le sostanze tossiche d'origine placentare non esalti per nulla l'attività di queste ultime.

È logico quindi pensare o che la paratiroidina modifichi le condizioni d'assorbimento della sierosa peritoneale così da render più rapida la penetrazione in circolo dei prodotti tossici solubili della placenta; oppure che essa spieghi un'azione diretta sul tessuto placentare, favorendo la diffusibilità di *principî tossici* intimamente legati alla costituzione cellulare. Quest'ultima supposizione a me pare più attendibile: volendo istituire un paragone, il quale non ha altro valore che di render più chiaro il concetto generico che la informa, io penserei che quei dati principî tossici, nei loro legami con la cellula morta della placenta, si troverebbero nelle condizioni in cui si trovano le endodiastasi nelle cellule morte dei fermenti: queste infatti per l'intimo legame che le avvince alla cellula rimasero lungo tempo insospettate, eppure bastarono semplici mezzi fisici per liberarle e dimostrarne l'esistenza e l'attività. È suggestivo pensare che l'azione da noi constatata della paratiroidina sulle placente patologiche consista appunto nel rendere maggiormente diffusibili dalla cellula del sincizio certe sostanze ad azione biologica tossica e favorirne così l'assorbimento. È da supporsi poi che il principio della paratiroide, che agisce in questo senso, sia quello stesso che Segale ha dimostrato avere un'azione attivante nella tetano spasmina (1): anche esso infatti resiste alle elevate temperature senza perdere della sua proprietà.

Riassumendo:

1.° La tossicità placentare si esplica prevalentemente per l'azione dannosa sull'organismo dei nucleo-proteidi contenuti nell'organo.

2.° Nello studio della tossicità placentare possono istituirsi risultati comparativi solo seguendo un metodo costante di ricerca, poichè la tossicità dell'organo varia a seconda delle modalità d'esperimento, in ragione della rapidità d'assorbimento e delle reazioni che si stabiliscono fra i proteidi placentari e il sangue.

3.° La placenta delle albuminuriche e delle eclampsiche è più tossica che le placente normali.

4.° L'estratto di paratiroidi, iniettato insieme con le emulsioni di queste placente, attiva considerevolmente la loro tossicità.

5.° L'azione attivante della paratiroidina si esplica verosimilmente rendendo maggiormente diffusibili dagli elementi del sincizio sostanze tossiche e favorendone l'assorbimento.

6.° Il principio paratiroideo, che esplica questa azione, è una sostanza termostabile.

(1) R. Accademia medica di Genova. Seduta 10 dicembre 1905.

Istituto Ostetrico - Ginecologico della R. Università di Genova
diretto dal prof. L. M. Bossi

Ricerche e considerazioni
sulle attività biochimiche del parenchima uterino umano
durante la gravidanza ed il puerperio

PEL

DOTT. STEFANO REBAUDI, *assistente*

Se meravigliosi, stupefacenti sono i fenomeni, gli adattamenti più o meno occulti, le modificazioni, che l' atto del concepire induce in tutta la compage organica della donna nello stato di maternità, alterandone e pervertendone l' intimo metabolismo cellulare, eccitando organi e tessuti a novelle e specifiche funzioni, non meno grandioso, sovranamente ammirevole, nel suo normale e piano completo estrinsecarsi, appare all'occhio dell'osservatore quel complesso lavorio mirabile che localmente avverasi nella matrice, per cui, in un ben definito periodo di tempo, si giunge prima lentamente per gradi alla costruzione di un perfetto edificio, atto alla crescita, allo sviluppo, all' espulsione del prodotto del concepimento, e poi con rapida vicenda al disgregarsi suo tumultuoso, per ritornare alle condizioni di vita normale. A fede di questa mia asserzione basterebbe ricordare che la massa costituente la matrice da 60 gr., suo peso medio nella norma, durante l'intero periodo di gravidanza aumenta enormemente a toccare, per unanime consenso verso il suo termine, la media di 1250 gr.; e poi, se tutto procede come di norma nello spazio di poche settimane (5-6) rapidamente si riduce, quasi si viene mutilando a raggiungere pressochè il peso ed il volume primiero.

Mirabile e grandioso processo di accrescimento progressivo lungo i nove mesi di gravidanza e ben più rapido processo di riduzione durante le brevi settimane puerperali, che certo ha colpito e meravigliato non poco la mente di chi si faceva a studiare i grandiosi e vitali problemi della maternità.

E così si osservò, col pigliar piede e l' imporsi delle grandi conquiste dell' anatomo-patologia macro e microscopica, che questo aumentare enorme di massa dell' utero in gravidanza era dovuto

per massima parte all'elemento muscolare, che doveva poi per converso ridursi nella rapida involuzione durante il puerperio. E si vide allora, che questo accrescimento della massa muscolare uterina era dovuto all'enorme aumento in dimensioni d'ogni singola fibrocellula muscolare, la quale si faceva 11 - 12 volte più lunga e 5 - 6 volte più larga; e che la rapida riduzione puerperale doveva imputarsi appunto alla riduzione nelle dimensioni d' ogni singola fibrocellula muscolare ipertrofica per un processo istochimico regressivo di degenerazione grassa parziale, già iniziatasi durante la gravidanza (Bossi, Ciulla) o di atrofia semplice granulare parziale (Meola, Burgio).

Cospicua ipertrofia dell'elemento muscolare si aveva adunque durante la gravidanza e riduzione nelle dimensioni delle fibrocellule ipertrofizzate durante il puerpuerio, cui non si doveva però secondo molti escludere una contemporanea e parca neo-produzione di fibrocellule in gravidanza, destinate queste ad un annientamento completo durante il puerperio. Questione questa molto dibattuta ed insoluta tuttora, per modo che Pestalozza può affermare: *siamo costretti a confessare non essere ancora dimostrato in modo abbastanza rigoroso la iperplasia, mentre d'altra parte il numero maggiore delle ricerche fatte sull'utero puerperale ci dimostrano una riduzione di volume dei singoli elementi, piuttosto che una distruzione di essi.*

Ricerche queste certamente interessantissime, fatti ed osservazioni della più alta importanza, ma che all' occhio dello sperimentatore moderno, assetato investigatore delle biologiche attività organiche, appaiono quale semplici ed aride tappe, resultanti finali (ipertrofia, riduzione allo stato primiero della fibrocellula muscolare uterina) di un completo lavorio vitale organico, che fino ad ora ne sfuggiva nelle sue tenui ed occulte trame. Occorreva che studî minuti delle attività biologiche dei singoli elementi cellulari, con svariati mezzi biochimici svelate, si rivolgessero al parenchima uterino, e ne seguissero il comportamento durante la gravidanza ed il puerperio.

Questa era la via che si doveva seguire per delucidare, per connettere, per tracciare il quadro chimico-fisiologico grandioso del mirabile accrescimento progressivo e della rapida riduzione della matrice durante il completo periodo puerperale.

E per questo nuovo e fecondo campo di ricerca, ricolmo di brillanti ed imprevedute novità, si erano messi quasi inconsciamente

il Broers, il quale riteneva che, alla diminuzione della fibrocellula muscolare uterina, concorresse una sorta di trasformazione o secrezione glicogenetica del protoplasma, che si prepara già negli ultimi tempi della gravidanza e che abbandonerebbe il corpo cellulare nei primi giorni di puerperio; e l'Helme, il quale parla della trasformazione del contenuto delle fibrocellule in una sostanza solubile, che passa a mescolarsi colla linfa circolante. Semplici, incompleti ed indiretti tentativi di ricerca dell'attività biochimiche del protoplasma della cellula muscolare uterina durante il periodo puerperale, che se fossero però stati delucidati, completati, seguiti con attenta cura e per mezzo di tutti i recenti più completi metodi varî d' esame escogitati man mano, avrebbero portato già da parecchi anni ad importanti conclusioni, a novelle verità, al rovinare di antiche e quasi inveterate erronee credenze, alla soluzione di vitalissimi problemi, cui da anni invano si affaticavano gli studiosi, sorretti dall'unico concetto d'indagine anatomo-patologica, purtroppo addimostratosi incompleto, insufficiente, troppo restrittivo, ed erroneo talora, per poterne trarre con probativa presunzione dello stato di funzionalità degli elementi cellulari.

Occorre venire sino a questi ultimissimi anni per poter finalmente riscontrare, dopo gli incompleti e miseri tentativi di Langstein e Neubauer, le brillanti, accuratissime, pazienti ricerche di Ferroni, che, perseguendo con cura amorosa questo sì attraente, ancora poco battuto, ma vittorioso indirizzo biologico delle scienze, volle toccare, con fini metodi di indagine e con linea ben definita ed ampia di lavoro, quell'inesplorato campo di ricerca biochimica, quale sino allora si presentava il parenchima uterino nelle condizioni sue normali, durante la gravidanza e durante il puerperio. Egli ha dimostrato nel parenchima uterino la presenza di attività enzimatiche proteolitiche, lipolitiche ed ossidanti, le quali concordemente presentano una curva ben definita dall' utero non rimasto gravido al puerperale con involuzione completa : queste attività sono minime negli uteri non gravidi, intense negli uteri gestanti, ancora più intense nei puerperali di recente data e progressivamente meno accentuate in quelli più involuti per ritornare infine alle primitive normali.

Attività enzimatiche queste, possedute dal parenchima dei varî organi, le quali stanno ad indicarci con veridica attendibilità la somma di energie biochimiche di cui dispone quell' organo, i singoli suoi elementi cellulari costituenti in quel dato momento vitale;

giacchè desse sono lo specchio fedele del modo come si compiono, con quale velocità, con quale attiva vicenda si vanno estrinsecando i fenomeni dell'intimo metabolismo organico d'ogni singola cellula vivente.

Vuol dire che, se pigliamo come normale la media di attività enzimatiche dell'utero non gravido, maggiori energie biochimiche vitali dobbiamo ritenere esistano nell'utero puerperale, ove appunto sono stati descritti processi degenerativi.

A prima vista appare questo un controsenso stridentissimo; ma il controsenso sparisce se ci facciamo a considerare quanto segue.

La fibrocellula muscolare dell'utero è costituita di un nucleo e d'un protoplasma. Il nucleo possiede, (come del resto suole avverarsi per tutti gli elementi cellulari) quale funzione intrinseca, quella di governare e dirigere i processi trofici, d' integrazione chimica del protoplasma: infatti il protoplasma sottratto all'influenza del nucleo spende tutti i materiali che possedeva e che aveva accumulati mentre viveva sotto l'influenza sua, poi muore, essendo per se stesso incapace a formarne di nuovi. Il protoplasma possiede funzioni cataboliche (movimento, irritabilità, ecc.), e secondo Gautier vi si devono distinguere due zone: una centrale sede dei fenomeni d' assimilazione e prevalentemente riduttrice, l' altra perifica sede dei processi di ossidazione e della disassimilazione terminale. Esistono quindi in ciascun elemento muscolare vivente dell'utero degli scambi nutritizî, che si estrinsecano in un lavorio di assimilazione e di disintegrazione organica, evolventisi nella sua intima compage, e che perfettamente si equilibrano.

Subentra la gravidanza, ed allora di fronte alle maggiori necessità di lavoro, ed ai processi di ossidazione disintegrativa fattisi più attivi, si risveglia entro le singole cellule uno stimolo mano mano più energico alle attività assimilative, che infatti hanno la preponderanza; e la cellula si allunga, cresce di volume, si ipertrofizza. Cessa col termine della gestazione la necessità all'ipertrofia delle fibrocellule muscolari, ed allora ecco comparire e pigliar piede, per un modificato metabolismo cellulare, l'irruento imporsi dell'attività disintegranti riduttrici, che conducono alla rapida mutilazione della cellula muscolare ipertrofica sino alle condizioni normali.

Ipertrofia gravidica e riduzione di volume puerpuerale della cellula muscolare uterina, ci si addimostrano adunque due momenti diversi ed opposti d'uno speciale estrinsecarsi del metabolismo in-

timo delle singole cellule, che durante la gravidanza ha condotto al lento e progressivo immagazzinamento, all' integrazione di materiali; durante il puerperio alla ben più rapida tumultuosa disgregazione, scomposizione, disintegrazione del materiale assimilato nei lunghi mesi di gravidanza.

Processo di integrazione gravidica e processo di disintegrazione puerperale della fibrocellula muscolare uterina debbonsi ritenere ambedue espressione di un processo eminentemente vitale.

Infatti il nucleo, in queste cellule ipertrofiche, si mantiene sempre vitalissimo, ed anche quando parte della cellula cade in disgregamento, per una specie di processo di automutilazione, di merotomia, il nucleo è attivissimo, anzi raggiunge il maximun di attività vitali, giacchè sprigiona allora il massimo di energie biochimiche volte alla parziale distruzione del suo protoplasma cellulare. Della cellula è la porzione più distale, quella che, secondo Gautier, è sede dei processi di ossidazione e di disassimilazione, che cade in sfacelo, che è destinata a scomparire.

Tutti i costituenti normali del protoplasma cellulare trovano allora sopratutto nel periodo di involuzione puerperale una esaltatissima specifica azione nucleare litica. Così le sostanze proteiche, le sostanze grasse, come ha dimostrato Ferroni, trovano uno speciale enzima proteolitico e lipolitico ad attività esaltatissima, volto a scindere queste sostanze, a digerirle, a semplificarle. E le sostanze proteiche passano in emoalbumose, propeptoni, peptoni solubilissimi; i grassi neutri in glicerina ed acidi grassi, destinati a formar saponi pure molto solubili e diffusibili nella linfa circostante. Il glicogene, accumulatosi in quantità discreta entro le cellule muscolari durante la gravidanza, verrebbe già durante gli ultimi tempi di gestazione e più ancora durante il sopraparto ed i primi giorni di puerperio, come risulta da ricerche che sto conducendo a questo riguardo, a diminuire notevolmente trasformandosi in composti solubili, facilmente diffusibili nei liquidi circolanti, concorrendo pure in tal modo alla riduzione in volume delle singole fibrocellule muscolari.

Però, se parte delle sostanze proteiche sono scomposte direttamente da uno speciale fermento proteolitico e sono direttamente riassorbite sotto forma di peptone, una non lieve porzione si trasforma in grasso, contribuendo a dare quel caratteristico aspetto alla fibrocellula muscolare uterina, il quale fece dire agli anatomopatologi, che la involuzione uterina si fa per una degenerazione grassa dei singoli elementi cellulari. Grave errore, che se era per-

donabile per l' addietro, allorchè facevano difetto le cognizioni acquistate recentissimamente sulle attività biochimiche del parenchima uterino, non può più essere sopportato al presente, in cui omai si può ritenere nettamente definito, che questo processo a caratteri istologici di degenerazione grassa, non è altro che un modo speciale di parziale trasformazione (chiaramente visibile con metodi di ricerca istologica) dei proteidi costituenti il protoplasma della fibrocellula muscolare uterina, allo scopo di accelerare, di aiutare il più rapido e diretto processo disintegrativo della molecola proteica.

Questo processo, erroneamente detto di degenerazione grassa, iniziatosi già negli ultimi mesi di gravidanza ed enormemente accentuatosi durante il puerperio, deve ritenersi adunque espressione d'un processo vitale di disintegrazione parziale del protoplasma della cellula muscolare ipertrofica in via di involuzione. Trasformazione grassa del protoplasma dela cellula muscolare non è dunque sinonimo di processo involutivo uterino: devesi piuttosto ritenere una modalità speciale di riduzione e disintegrazione parziale della molecola proteica, che viene esplicandosi di pari passo ad un processo autolitico diretto delle sostanze proteiche costituenti il protoplasma cellulare.

L'involuzione puerperale dell' utero si può ritenere quindi nel suo complesso l' espressione d' un processo vitale autodigestivo (inteso qui nella sua vera e propria essenza) ad esaltata attività, più o meno semplice, più o meno facile e rapido, dei varî costituenti il protoplasma delle cellule uterine.

Così appare spiegato quanto in modo sibillino ed ipotetico, l'Helme riteneva potersi avverare durante il processo involutivo puerperale, cioè la trasformazione del contenuto delle fibrocellule in sostanza solubile (?), che passa a mescolarsi colla linfa circostante. Queste sostanze solubili sarebbero i peptoni, donde si spiega la peptonuria puerpuerale già riscontrata da Fehling, le sostanze riduttive dei grassi, il glicosio dalla trasformazione del glicogene, ecc.

Il processo di involuzione puerperale sarebbe quindi il resultato di uno speciale comportamento, eminentemente vitale, del parenchima uterino, le cui cellule si sono specialmente accomodate ad una azione altamente disintegrante, sotto uno stimolo che, originatosi dal nucleo, viene esplicandosi sopratutto sulla porzione più distale della cellula, quella appunto ove si erano più specialmente estrinsecate le attività assimilative e formative durante la gravidanza, donde l' aumento suo in volume. Prodotto quindi di

alta attività vitale da parte delle cellule del parenchima uterino, cui prendono parte attivissima le sostanze caratteristiche del nucleo cellulare, esaltando enormemente per quantità, attività, potenzialità le azioni fermentative litiche, di cui pare omai dimostrato sieno i veri e gli unici produttori.

Ora adunque, se le energie enzimatiche cellulari, che è provato essere di origine nucleare, accresconsi in alto grado nel periodo puerperale, viene naturale il ritenere, che disintegrazione, distruzione del nucleo non si debba avere durante il processo involutivo del puerpuerio, ma che anzi al contrario debba riscontrarsi, per sopperire al bisogno di un lavoro maggiore, una massima vitalità, che trova piena giustificazione in una sua completa integrità isto-bio-chimica.

Distruzione adunque di elementi nucleari, a tal stregua di ragionamento, non si dovrebbe avere durante il puerperio ; il che in altri termini verrebbe ad affermare ancora una volta, che nel processo involutivo puerperale, si ha una semplice riduzione nelle dimensioni, e mai una distruzione completa delle cellule muscolari uterine ipertrofiche. Esisterebbero quindi nell' utero solamente fibre ipertrofiche, che vengono riducendosi durante il periodo puerperale semplicemente di dimensioni nella loro porzione protoplasmatica distale, rimanendone inalterati gli elementi nucleari, dei quali enormemente si esaltano le attività enzimatiche autolitiche.

Non voglio con questo assolutamente escludere una limitata iperplasia di fibre muscolari, cui allora veramente dovrebbe seguire una fatale e completa distruzione degenerativa durante il puerperio, processo degenerativo circoscritto e limitatissimo, che ripugna però in questo generale comportamento eminentemente vitale di attività cellulari, quale abbiamo veduto riscontrarsi durante il puerperio.

Processo involutivo del muscolo uterino, che, allorquando lo si consideri espressione altamente vitale dei singoli elementi cellulari costituenti, trova completo assentimento in altri fenomeni pure avverantisi nell'utero durante il puerperio, che possono appunto venire in aiuto alle novelle idee qui esposte.

Durante il periodo involutivo puerperale non si ha forse una attivissima riproduzione della mucosa uterina ? E la riproduzione d'una mucosa non fa fede di una attiva vitalità degli elementi cellulari suoi? Dunque alla stregua di questi fatti, non è più razionale ritenere, che, tessuti riuniti in uno stesso organo, concordemente funzionanti allo stesso scopo, godano tutti egualmente, durante il

periodo puerperale, di attività altamente vitali, piuttosto che uno si trovi in attiva riproduzione, un altro invece vada incontro ad un processo distruttivo, degenerativo diffuso?

La mutilazione vitale, la riduzione parziale delle cellule muscolari uterine (e quanto si dice per le fibrocellule muscolari può anche estendersi alle fibre elastiche dell'utero) sarebbe adunque dovuta ad un processo autodigestivo, per opera di fermenti ad origine nucleare specificamente litici per i varî costituenti il protoplasma cellulare, i quali sopratutto durante il periodo puerperale si esaltano notevolmente nelle loro attività biochimiche.

Non è escluso possa intervenire a questo attivamento cospicuo di dette proprietà enzimatiche cellulari la presenza di leucociti, i quali riscontransi numerosissimi framezzo alle fibrocellule muscolari uterine durante il periodo puerperale, e di numerose mastzellen (D'Erchia), che pare, come i leucociti, sieno munite di attive proprietà enzimatiche eterolitiche.

* * *

A queste interessantissime e veramente importanti conclusioni noi siamo potuti giungere coi dati di ricerche condotte su parenchima uterino di animali diversi, ritolto nei periodi svariati dello stato normale, gravidico e puerperale: e questo per dura necessità, poichè impossibile riesce potersi procurare un materiale così abbondante, svariatissimo, assortito, quale necessariamente si impone per l'intero e completo svolgimento di queste ricerche, nella donna. Ne sfuggono quindi numerose ed importantissime osservazioni, numerosi dettagli interessantissimi, sopratutto ne sfugge il controllo e l' aiuto dell' esame clinico, dal quale si potrebbero certamente trarre impreviste ed interessanti deduzioni pratiche, che altrimenti invano si tenta perseguire.

Trasportare questo genere di ricerche alla donna era certo sperare invano, pur avendo a disposizione l' abbondantissimo materiale fornitomi dalla Clinica, dall' ambulatorio gratuito e dal servizio della Guardia Ostetrica Permanente annessi dalla Clinica; pensai allora di aggirare ed aggredire per un altro lato la questione.

È verità omai sanzionata da numerosissime ricerche, che il liquido sanguigno, scorrendo nelle più intime maglie dei tessuti, degli organi, ne ritragga speciali caratteristiche morfologiche e fisico-chimiche. Il sangue della milza è diverso dal sangue del cer-

vello, il sangue della porta differisce dal sangue delle vene sovraepatiche. Ed ancora possiede intimi e pur disparatissimi caratteri specifichi il sangue dello stesso organo, dello stesso tessuto a seconda dei diversi periodi vitali, in cui si colpisce l' elemento suo nobile funzionante: così disparatissimo per svariate sue caratteristiche è il sangue della parete intestinale, del pancreas, della milza, ecc., durante il periodo di riposo e durante il periodo digestivo, il sangue di un arto durante il riposo e dopo un lavoro muscolare, ecc. Mutano per i varî tessuti ed organi, e per i varî momenti di attività vitale gli elementi suoi morfologici per quantità e qualità; mutano i valori suoi fisici (peso specifico, grado ed intensità di alcalescenza, ecc.) ed anche le proprietà sue biochimiche, fra cui non ultime le attività enzimatiche.

Gli elementi morfologici del sangue, come qualunque altra cellula organica, possiedono, per gli scambi nutritizi endocellulari, svariati ed attivissimi elementi a proprietà enzimatica, che per la loro discreta diffusibilità si diffondono nel mezzo semiliquido entro cui vivono; donde appunto le riconosciute e varie attività fermentative degli sieri. Ma d'altra parte il plasma sanguigno scorre fra cellula e cellula, di cui ne bagna, ne lambe la membrana cellulare; e nel mentre a ciascun elemento cede speciali principi utili al suo ricambio, altri ne riceve, non ultime quindi queste sostanze a funzione enzimatica, che tendono a diffondersi dal nucleo cellulare, loro centro di produzione.

Vuol dire, che le proprietà enzimatiche svariate degli sieri di sangue, vengono in parte dagli elementi morfologici del tessuto sanguigno, in parte dai singoli elementi funzionanti dell' organo, del tessuto, ove il sangue in quel dato momento di vita organica viene a trovarsi e ne è ritolto dallo studioso a scopo di investigazione.

Il potere enzimatico di uno siero di sangue muta adunque a seconda dell' organo, ed a seconda ancora dello speciale stato di attività vitale, in cui trovasi l'organo stesso. Quindi la potenzialità enzimatica di un dato siero di sangue, tolto da un qualunque organo in un ben definito periodo vitale, sta a rappresentarci l'attività enzimatica, di cui sono muniti i singoli tessuti ed elementi cellulari, che ne lo costituiscono, in quel determinato momento di vita organica. Stabilita allora una media del potere enzimatico in studio, posseduta dal siero di sangue, ritolto da un qualunque organo nelle condizioni sue normali, noi potremo, dalla delimitazione accurata delle oscillazioni presentate, determinare con probativa verisimi-

glianza lo stato di attività fermentativa degli elementi cellulari suoi costituenti negli svariati periodi di vita sua.

Se trasportiamo allora queste conclusioni cui siamo venuti al caso speciale dell'organo uterino, potremo affermare, che nel grado di attività enzimatiche dello siero di sangue, ritolto dall'utero nei vari periodi del grandioso e completo suo ciclo vitale, nonchè durante la norma, noi abbiamo l'indice della potenzialità enzimatica di cui è fornito in quei vari periodi il parenchima uterino. Possiamo più specificamente indicare di quale genere di proprietà enzimatica cellulare ci interessa conoscere il comportamento, e concludere, che le attività enzimatiche litiche dello siero di sangue circolante entro l'utero, ci possono con probativa verisimiglianza indicare la potenzialità di azione litica del parenchima uterino.

* * *

Confortato dalle precedenti argomentazioni volli studiare il comportamento delle attività enzimatiche litiche dello siero di sangue dell'utero di donna nello stato normale, lungo tutta la gravidanza, durante il puerpuerio.

E di queste attività enzimatiche litiche mi attenni unicamente allo studio dell'attivita lipolitica ; e questo per varie ragioni. Anzitutto perchè il metodo d'esame delle energie lipolitiche di un liquido, servendoci del metodo omai classico della monobutirrina, è di gran lunga più semplice, più spicciativo di tutti gli altri svariati metodi di dosaggio delle diverse attività litiche possedute da uno siero di sangue. Poi perchè, riscontratasi nelle fibrocellule muscolari dell'utero già durante la gravidanza e sopratutto in modo spiccatissimo durante il puerperio, una evidente trasformazione della molecola albuminoidea in grasso, per modo da far ritenere sin quasi ai nostri giorni, che il processo rapido di involuzione uterina fosse unicamente dovuto ad una degenerazione grassa delle cellule costituenti il parenchima suo, io pensavo che l'attività enzimatica lipolitica, sprigionatasi dagli elementi cellulari fissi e da quelli ivi migrati, potesse più strettamente e con maggiore verisimiglianza essere l'indice, sopratutto durante il periodo puerperale, della potenzialità vitale del parenchima uterino.

Se aggiungiamo a questi indiscutibili vantaggi l'altra considerazione, come sia più volte comprovato da numerose esperienze, che il potere lipolitico di un tessuto possa esser preso quale indice

dell'energia sua vitale in quel dato periodo di vita organica (Fossati), per modo che Achard e Clerc si sentirono in grado di affermare, che la potenzialità lipolitica del siero di sangue del circolo generale (ove appunto convergono tutti i poteri lipolitici delle cellule dell'organismo) può essere ritenuta un segno della resistenza organica nelle varie infermità, mi sembra giustificatissimo il mio proposito di attenermi nel presente studio alla ricerca del grado di attività lipolitica dei vari sieri di sangue ritolti da uteri normali, da uteri gravidi e da uteri durante il puerpuerio.

* * *

Ecco come procedevo nella raccolta del sangue dall'utero.

A tale scopo ho ideato un piccolo apparecchio, sul tipo dei comuni apparecchi fabbricati da B. B. Cassel (Frankfurt a. M.) per la stasi alla Bier da applicarsi sul collo dell'utero. Si tratta di una piccola ventosa di cristallo a forma cilindrica allungata, cui si innesta a smeriglio dal lato suo distale un'ampolla pure di vetro, che lateralmente possiede un tubo d'egresso, donde si può esercitare il vuoto per mezzo di una pompa aspirante e premente. Si applica lo speculum o due valve con tutte le cautele opportune, per modo da porre bene in evidenza il collo dell'utero, che si deterge accuratamente con batuffoli di cotone imbevuti di soluzione fisiologica sterile. Ciò fatto, dopo aver scarificato piuttosto profondamente un suo labbro, lasciato colare il primo sangue, si applica contro l'estremo prossimale della piccola ventosa iniziando subito il vuoto. Si assiste allora al gemere, attraverso le lievi scarificazioni, di sangue, che raccogliendosi man mano nella ventosa, in parte coagulandosi, viene a colare nella piccola ampolla, aiutato in questo scendere dalla forte posizione declive data all'istrumento.

Questo sangue così raccolto travasavo poi in una provetta e sottoponevo alla centrifugazione, dopo di che, disponendolo all'acqua corrente, lasciavo in riposo per almeno 12 ore. Del siero così ottenuto e perfettamente limpido me ne servivo per le varie ricerche. Comportandomi in tal modo ottenevo sempre siero più che sufficiente per i vari esami.

Raccoglievo così sangue dall'utero e più specialmente e direttamente dal collo dell'utero. E questo parebbe non lieve contrattempo alle mie ricerche, giacchè meno attivi, meno tipicamente caratteristici sono i processi, che si esplicano in questo tratto della matrice, che non nel corpo, il quale è come il centro, il focolaio di

sue specifiche attività vitali. Ma questo a me non pare possa in modo assoluto affermarsi, giacchè il sangue raccolto dal collo colla scarificazione sotto l' azione del vuoto, se non subito ai primi momenti, sicuramente prolungandosi per qualche tempo la seduta (e questo eseguivo scientemente, eliminando il primo sangue), ne è richiamato dalle parti alte dell' utero, il che è facile poter argomentare, se si considerano le ampie, diffuse, abbondanti comunicazioni che, specialmente nell' utero gravido, si stabiliscono entro il parenchima uterino. Poi anche nel collo si esplicano profonde e non trascurabili modificazioni durante la gravidanza ed il puerperio.

Se poi, in tal modo comportandoci, si potesse pensare a valori ottenuti inferiori alla norma, poco male, giacchè noi non vogliamo conoscere con precisione matematica l' intensità di potere lipolitico del siero di sangue di un utero in quel dato periodo di ciclo vitale, ma solamente, dal confronto dei vari valori, istituire dei rapporti, e delle linee generali di comportamento della funzione lipolitica, che ci possano illuminare, sebbene forse lontanamente, sulle attività vitali del parenchima uterino nell' intero ciclo di vita organica fisiologica della matrice.

* * *

Per la determinazione del potere lipolitico dei vari sieri così ottenuti, usavo la solita soluzione acquosa all'1 $^0/_0$ di monobutirrina neutra purissima della casa Merck, secondo il metodo classico dell'Henriot, opportunamente modificato in seguito ai più recenti contributi degli ulteriori sperimentatori.

Così la quantità di soluzione di monobutirrina all'1 $^0/_0$ usata era ridotta a 10 cmc., la quantità di siero di sangue adoperata si limitava ad 1 cmc. Invece della soluzione di carbonato sodico al 2.02 $^0/_{00}$, come liquido che serviva alla neutralizzazione dell'acidità della soluzione monobutirrica, ho sempre usato, allo scopo di eliminare l' acidificazione abnorme, cui va incontro l'ambiente usando il carbonato sodico, una soluzione di idrato di sodio all'1.60 $^0/_{00}$ in acqua distillata, che viene a corrispondere molecolarmente e per effetti alla precedente. Come liquido indicatore mantenni la soluzione alcoolica di fenolftaleina, avendo l'avvertenza di togliere, quale punto di neutralizzazione, l'apparire della primitiva colorazione rosea, senza raggiungere mai il colorito intenso, per non cadere nella possibile scomposizione della monobutirrina per eccesso di alcali.

Detta soluzione rivelatrice, sempre in tenuissima quantità, era aggiunta (questo era possibile solo nella prima prova) solamente all'atto del dosaggio e non prima, appunto perchè la sua presenza intralcia leggermente l'attività della lipasi.

Giacchè è provato, che la semplice soluzione di monobutirrina va incontro a processi spontanei di decomposizione, fu posto per ogni prova un controllo, costituito da un' eguale qnantità di soluzione di monobutirrina, che, essendo sottoposta alle stesse modalità di ricerca, ci indicava esattamente quale grado di acidità della soluzione in esame doveva imputarsi alla spontanea scomposizione della monobutirrina.

Il dosaggio a prova finita non si faceva con la buretta graduata, esprimendo poi il potere lipolitico con opportuno calcolo in milionesimi di acido butirrico messo in libertà dal siero in un dato tempo e ad una data temperatura; ma disposte le cose per modo che dalla buretta la soluzione di idrato sodico colasse a gocce, di cui ciascuna rappresentava $^1/_{20}$ di cmc., io mi limitai semplicemente a contare il numero delle gocce occorrenti volta a volta per neutralizzare ciascun miscuglio sottoposto alla ricerca.

Le esperienze erano condotte come segue:

Ciascun miscuglio preparato nel modo già detto (10 cmc. di soluz. di monobutirrina + 1 cmc. di siero) era tenuto, secondo il metodo classico di Henriot, per 20-25 mp. alla temperatura di 38^0, dopo di che se ne faceva il dosaggio contando le gocce di soluzione di idrato sodico necessarie per la neutralizzazione. Ciò fatto si riponeva nuovamente il miscuglio, chiuso ermeticamente in recipienti a tappo smerigliato, nella stufa regolata esattamente sui 38^0, e ciascun giorno alla medesima ora, allo spirar delle 24 ore, si procedeva alla dosatura accurata, tenendo conto delle gocce necessarie, e ciò fino all' estinguersi delle vere attività lipolitiche od alla costante acidità del mezzo per opera estranea al siero.

Per tal modo venni a misurare non solamente la potenzialità lipolitica dei diversi sieri, esplicatasi nei pochi minuti indicati dall' Henriot, ma anche venni ad avere un criterio della intensità, della durata, dell' esauribilità, insomma venni ad avere il tracciato generale del comportamento di detta attività enzimatica. Ora, sebbene la raccolta del sangue e tutti questi miscugli si facessero nel modo il più asettico possibile, per tema che fermentazioni microbiche diverse nel lungo periodo di ricerca intervenissero alterando i resultati delle mie esperienze, aggiunsi sempre per regola nelle varie

soluzioni alcune gocce di toluolo, tenendo presente che la sua presenza determina una lieve diminuzione nelle attività monobutirrolitiche dei sieri. Oscillazioni per noi di veruna importanza, giacchè, come dissi altra volta, non vogliamo ottenere dei dati di una precisione matematica, ma solamente dei valori approssimativi ed utili per stabilire dei confronti e delle caratteristiche generali di comportamento. Tale scopo abbiamo raggiunto ottimamente seguendo con esatta cura le medesime identiche norme di ricerca in tutte le nostre esperimentazioni.

* * *

Condussi le mie numerose ricerche sopra un numero larghissimo di pazienti tanto della Clinica quanto dell' ambulatorio ostetrico-ginecologico annesso alla clinica stessa. E questo mi era reso facile dalla nessuna difficoltà presentata dal metodo mio, dall' essere affatto indoloro e dal poter esser messo in opera quasi alla sprovvista dell' inferma.

All'ambulatorio utilizzai donne ad utero perfettamente normale od affetto da leggerissime infermità, e donne gravide ai primi mesi, ed altre nel periodo puerperale avanzato. In Clinica potei invece avere più facilmente tra mano pazienti agli ultimi mesi di gravidanza, che quivi partorivano e si potevano seguire quindi durante i primi dodici giorni di puerperio. Trascelsi per queste mie ricerche sempre donne, in cui la gravidanza ed il puerperio decorrevano esenti da infermità generali e locali di qualsiasi specie e gravità.

Le ricerche condotte sulle pazienti dell' ambulatorio dovettero per forza maggiore esser meno dettagliate: uno, due, al più tre o quattro furono gli esami che ebbi campo di condurre per ogni singola inferma; invece le pazienti ricoverate nella clinica poterono esser sfruttate più ampiamente, seguendole con regolare vicenda durante tutta la gravidanza, il parto ed il puerperio; con esami ogni 5-6 giorni durante la gravidanza, ogni 2-3 giorni nel puerperio. In alcune pazienti docilissime gli esami si fecero anche frequentissimi durante la gravidanza, e nel puerperio poi giornalieri. In queste donne raccolsi anche sangue dalle vene del braccio, servendomi di un ago cannula; lo stesso feci in pazienti non gravide, istituendo così opportuni paragoni fra potere lipolitico dello siero di sangue dell' utero normale, gravido e puerperale, e dello siero di sangue del gran circolo in questi differenti periodi di vita sessuale della donna.

Ponevo attenzione e tenevo presente se una donna era primi o plurigravida, ed anche all' infuori della gravidanza, se aveva di già partorito, oppure mai era rimasta fecondata. Fra le gravide che partorivano in clinica e che seguivo per parecchio tempo, con speciale attenzione distinguevo quelle in cui la gravidanza procedeva oltre il suo termine normale e quell' altre in cui il parto avveniva precocemente, per studiarne le possibili oscillazioni nel potere lipolitico, da quei casi, i più numerosi, in cui la gravidanza si interrompeva al normale suo termine. Durante il puerperio poi tenevo accuratamente dietro alle condizioni di volume dell' utero, attenendemi con speciale cura ai criterii diagnostici, stabiliti accuratamente da Bossi, per desumere della rapidità e della regolarità o meno nel processo di involuzione dell' utero (involuzione normale, subinvoluzione ed iperinvoluzione uterina). Si teneva conto ancora se le donne allattavano oppure no.

* * *

Seguendo queste norme generali di comportamento eseguii numerosissime e lunghe ricerche, che non sto a riportare dettagliatamente in questo mio lavoro, giacchè quelle filze di numeri, quella enumerazione arida ed inopportuna di casi, quel ripetersi continuo di date, di esami obbiettivi, di diagnosi, ecc., certo avrebbe finito col tediare non poco e col distogliere il lettore dalle conclusioni e dai resultati cui sono potuto addivenire. Ho preso quindi la decisione di riassumere nel modo più completo possibile i resultati di mie esperienze, facendo seguire alcune brevi considerazioni, che a me pare possano ritrarsi dal complesso di mie ricerche.

Il potere lipolitico del siero di sangue tolto dall' utero, anche nelle condizioni sue di vita ordinaria, è sempre maggiore di quello che possiede nell' identiche condizioni il siero di sangue del grande circolo.

Confrontando sieri di sangue di uteri non mai rimasti gravidi e sieri di uteri che già avevano partorito, si riscontrò costantemente nei vergini una minore potenzialità lipolitica.

Le attività lipolitiche dei diversi sieri di sangue uterino vanno gradatamente crescendo dall' utero vergine all' utero che ha già partorito, all' utero gravido, elevandosi notevolmente negli ultimi mesi di gravidanza, per raggiungere il loro più alto grado durante il periodo puerperale.

Volendo tracciare con maggiori dettagli il comportamento delle attività lipolitiche del siero di sangue uterino durante la gravidanza ed il puerperio successivo diremo che:

Il potere lipolitico del siero di sangue uterino, di già aumentato sensibilmente nei primi mesi di gravidanza, gradatamente va elevandosi nei successivi mesi, per accrescersi notevolmente nella seconda metà del settimo, e poi nell' ottavo e nel nono mese di gravidanza, crescendo sempre con graduale vicenda mano mano ci si avvicina al parto. Se il parto si fa attendere e quindi la gravidanza procede oltre il suo termine normale, ossia si fa tardiva, le attività lipolitiche accresconsi sempre grado grado si va oltre, per modo che in tali casi si raggiungono i valori più elevati che mai si siano raggiunti durante la gravidanza.

Avviene il parto ed allora appena iniziatosi il puerperio ecco che la potenzialità lipolitica del siero di sangue uterino cresce notevolissimamente. Si raggiungono in questo periodo i maggiori valori mai avuti, che toccano il ***maximum*** loro durante la terza e quarta giornata di puerperio, per poi gradatamente attenuarsi e mano mano ritornare alla norma nell' intero periodo di normale involuzione dell' utero. I valori raggiunti nei primi giorni di puerperio sono due, tre volte più elevati, che non quelli ottenutisi durante i primi mesi di gravidanza.

Attività lipolitiche più elevate si riscontrano nelle puerpere che allattano, in confronto alle altre che non allattano.

Togliendo come media le attività lipolitiche del siero di sangue di utero, che dai caratteri clinici va involvendosi come di norma, ho costantemente riscontrato una loro patente diminuzione in caso di uteri subinvoluti, ed un manifesto loro esaltamento negli uteri iperinvoluti, tanto più spiccato quanto più rapido appariva questo processo di esagerata involuzione.

Interessantissimo è a notare il fatto, che negli uteri in cui durante il puerperio si assisteva ad una rapida ed ultranormale involuzione, già durante la gravidanza e più spiccatamente negli ultimi mesi, si osservavano valori elevati, per rispetto alla generalità, nei poteri lipolitici, come per il contrario valori più bassi si riscontravano negli uteri gravidi che rimanevano subinvoluti (sempre indipendentemente da benchè lieve affezione morbosa).

E se le differenze fra i varii poteri lipolitici, si potevano già cogliere dai valori ottenuti colla neutralizzazione del miscuglio entro i primi 20-25 mp. di permanenza in termostato, molto più detta-

gliatamente e nei loro minimi particolari, potevano rilevarsi dal paragone dell' intero e completo andamento della curva di attività lipolitica dei diversi sieri di sangue uterino. Giacchè noi, radunando tutti i valori ottenuti dalla neutralizzazione giornaliera dell' acidità da acido butirrico sprigionatasi entro il miscuglio opportunamente preparato, possiamo ottenere una curva di comportamento del potere lipolitico, dalla cui accurata interpretazione possiamo argomentare della rapidità, della intensità, della esauribilità, della potenzialità di azione di tale potere enzimatico.

Questa curva di attività lipolitica è perfettamente paragonabile per tutti i sieri di sangue in esame, differisce solamente nell' altezza di ascesa, nella lentezza, nel prostrarsi della discesa. Possiede invariabilmente una rapida ascissa di ascesa, esplicantesi entro il primo giorno di esame, e poi una lunga e lenta ascissa di discesa fino al suo esaurimento.

Ed allorchè ci troviamo nel caso di sieri, che diciamo ad alta potenzialità lipolitica, noi riscontreremo una linea di ascesa elevatissima, seguita da una lenta e progressiva linea di discesa, che viene protraendosi anche per qualche settimana; allorchè si parla di sieri a bassa potenzialità lipolitica, avremo delle curve a linea di ascesa più ridotta, seguite da una linea di discesa rispettivamente più corta ed esaurientesi più rapidamente. Per modo che, stabilita una curva di attività lipolitica coi lavori medi ottenuti nei casi di utero non gestante normale, noi abbiamo curve di uteri gestanti a diversi periodi di gravidanza e di uteri puerperali nelle diverse giornate, differenziantesi unicamente per la altezza di loro ascesa, per la durata e la diversa esauribilità di loro discesa. Massima è la ascesa e più duratura la discesa negli uteri puerperali, minore è negli uteri gravidi, con le dovute differenze a seconda delle giornate di puerperio e dei mesi di gravidanza, e minore ancora, a raggiungere la media normale stabilita, negli uteri non gestanti in condizioni normali.

Questa è la linea generale di comportamento. Certo che esistono delle variazioni individuali da donna a donna: variazioni individuali che possono rimanere in giusti termini, ma possono anche entrare nel patologico, onde appunto il prender piede di processi generalizzati di ritardata od esaltata attività metabolica del parenchima uterino, che hanno la loro più chiara estrinsecazione clinica durante il periodo puerperale con stati di più o meno ritardata, più o meno esaltata involuzione della matrice.

* * *

Appare adunque dimostrato dalle presenti ricerche che il potere lipolitico del siero di sangue uterino è in diretta correlazione coi poteri lipolitici del parenchima uterino, e ne rispecchia nelle sue linee generali il comportamento; come resulta d'altra parte provato confrontando i resultati di mie ricerche con quelli ottenuti da Ferroni, che sperimentava su estratti di uteri d'animali a periodi diversi di vita sessuale.

Adunque vuol dire, che l' attività lipolitica del siero di sangue uterino, può indicarci con veridica verisimiglianza il grado di energie lipolitiche degli elementi cellulari costituenti il parenchima uterino.

Ora, essendo omai notorio per gli studi di Ferroni, che identico nelle sue linee generali è il comportamento degli altri enzimi litici posseduti dal parenchima uterino, e poi essendo omai provato, che il potere lipolitico di un tessuto può esser ritolto quale indice di attività vitale metabolica sua, possiamo venire a ritenere, che le attività lipolitiche del siero di sangue uterino, ci rappresentino l'indice probativo il più diretto e il più facile che possediamo, a fine di studiare i poteri vitali di cui e in potere l'utero nei vari periodi di sua vita sessuale. E siccome il processo uterino integrativo ipertrofizzante gravidico ed il processo disintegrativo involutivo puerperale sono da porsi in diretto e stretto rapporto alle attività metaboliche delle singole cellule costituenti la matrice, e sopratutto del tessuto muscolare, potremo concludere, che le maggiori o minori energie lipolitiche del siero di sangue uterino, possono farci fede e svelarci la ragione di speciali andamenti nel processo di ipertrofia gravidica e di involuzione puerperale divergenti dalla stretta norma, che noi clinicamente siamo usi a diagnosticare, ma di cui però ne sfuggiva il significato intimo, la ragione ultima.

Così abbiamo potuto dimostrare, che in diretto rapporto alle attività vitali dei costituenti il parenchima uterino, stanno i gradi diversi di potenza involutiva puerperale dell' utero. Si presentano infatti, dette attività vitali metaboliche di normale intensità negli uteri che secondo la norma si involvono, più o meno depresse negli uteri subinvoluti, esaltate più o meno negli uteri iperinvoluti. Energie metaboliche a finalità disintegrante puerperale, le quali hanno un diretto rapporto coll' energie metaboliche a finalità integrante gravidica, giacchè desse si riscontrano costantemente più attive nelle gravidanze poi seguite da iperinvoluzione puerperale, depresse più della norma, nelle gravidanze seguite da subinvoluzione puerperale.

Lo stimolo più o meno attivo alle energie vitali metaboliche formative della gravidanza, si fa egualmente sentire colla medesima intensità, allorchè si inizia nell'utero il processo suo di involuzione puerperale. Processo formativo ipertrofizzante gravidico e processo riduttore involutivo puerperale sono adunque due diversi comportamenti di un medesimo ciclo vitale uterino.

E questo passaggio, fra processi metabolici a spiccata azione formativa durante la gravidanza e processi metabolici disintegrativi durante il puerperio, non è a ritenersi avvenga di colpo coll' atto del parto. L' elevarsi cospicuo delle attività lipolitiche durante gli ultimi mesi di gravidanza, ci sta appunto a dimostrare, che il metabolismo delle cellule del parenchima uterino già fino d' allora si modifica non poco, dando inizio a quello speciale estrinsecarsi di proprietà a spiccata azione disassimilatrice sui costituenti della porzione distale del protoplasma cellulare: proprietà che pigliano un sì enorme sopravvento durante il puerperio.

Vien dunque spontaneo il ritenere, che il ricambio materiale intimo d'ogni singolo costituente il parenchima uterino, e sopratutto dell' elemento muscolare, di già negli ultimi mesi di gravidanza venga adattandosi a questo nuovo fisiologico stato di cose.

E che così avvenga pare dimostrato ancora da un altro fatto posto in evidenza dai miei reperti. Nelle donne, in cui la gravidanza si prolunga al di là del suo termine normale, abbiamo già fatto rilevare, che man mano si va oltre, elevansi notevolmente le attività lipolitiche del siero di sangue uterino: indice che tutte le attività litiche degli elementi cellulari uterini si esaltano notevolmente. Ciò sta a dire, che quello speciale rifiorire di attività disintegrative a danno delle assimilative ipertrofizzanti, che già abbiamo avuto a notare durante gli ultimi mesi di gravidanza, si accentua man mano in quel periodo di tempo che sopravanza al suo termine normale, per modo da venire a far ritenere, che un processo involutivo puerperale vero e proprio, sebbene entro termini ben più ristretti, si nizî durante questo periodo di gravidanza. E non parrà allora strana ed occasionale evenienza il riscontrare uno stato di iperinvoluzione uterina far seguito con qualche frequenza ad una gravidanza tardiva, come già ebbe a far rilevare Carli, della nostra clinica.

In rapporto ad energie metaboliche disintegranti più attive, a causa forse di eccitamenti nervosi ad azione trofica acceleratrice al ricambio cellulare disassimilativo, si può porre la maggior po-

tenzialità lipolitica, che abbiamo costantemente riscontrato nel siero di sangue di utero di donne che allattano, in confronto con quell' altre che non danno latte.

E le proprietà involutive della segale cornuta e del suo principio attivo, la cornutina di Kobert, riconosciute sperimentalmente e clinicamente da parecchi autori, non potrebbero mettersi in rapporto ad una spiccata loro azione acceleratrice al ricambio disassimilativo dei singoli elementi cellulari, esplicantesi forse, per via nervosa?

Per tal modo i novelli concetti di ricerca biochimica, cui arride un sì grandioso e splendido avvenire, mi hanno validamente sorretto nella investigazione di interessantissimi problemi di fisiologia ostetrica, che in altro modo trattati ci avevano condotto a false, erronee, oscure ed indistricabili argomentazioni.

BIBLIOGRAFIA.

ACHARD ET CLERC — *Arch. de méd. expér* — Novembre 1902, pag. 809.

ASCOLI A. — *Concetto odierno di fermento* (dalla dissertazione per l' abilitazione in chimica fisiologica) — Rassegna di Bacterio-opo e Sieroterapia — Anno III - 1907, fasc. 6-8.

BOSSI — *Sull'involuzione uterina dopo il parto*, ecc. (Tesi di libera docenza) — Genova, 1887.

BOSSI — *Sulla degenerazione grassa dell'utero durante la gravidanza.* — Ann. di Ost. e Gin. - 1896.

BOTTAZZI — *Chimica fisiologica* — Soc. Editrice Libraria. Milano.

BROERS — *Die puerperale Involution der Uterusmuskulatur.* — Virchow's Archiv. f. path. Anat. CXLI, pag. 72.

BURGIO — *Sulle alterazioni istologiche dell' utero nella involuzione puerperale.* — Arch. di Ost. e Gin. - 1897, pag. 387.

CAMUS — *C. R. Soc. Biol.* — 1897 - 20 - 11.

CARLI — *Iperinvoluzione dell'utero.* — Arch. ital. di Gin. - 1907. Vol. I. N. 6.

CIULLA — *Sulla degenerazione grassa dell'utero in gravidanza.* — Rass. di Ost. e Gin. - 1907. N. 6-8 e Zentralbl. f. Gyn. 1907. Heft. 37.

COHNSTEIN, HENRIOT ET CAMUS; ecc. — *Ergebn. d. Physiol.* - 1904.

COSTA — *Intorno all'attività lipolitica della placenta.* — Ann. di Ost. e Gin. - 1905. Vol. II.

COSTA — *Di alcune attività della capsula surrenale in relazione colla gravidanza.* — Racc. di Scritti Ost. Gin. pel Giubileo Didattico del prof. L. Mangiagalli - Pavia. Ed. Fusi - 1906.

CUZZI — *Trattato di ostetricia e ginecologia.* — Ed. Vallardi - Milano (Guzzoni e Pestalozza - V. II. parte 2.ª).

D'ERCHIA — *Beitrag zum Studium des Bindegewebes des Uterus während der puerperalen Ruckbildung.* — Monatsch. f. Geb. und Gyn. - Volume 5.º pag. 515.

Fehling — *Die Physiologie und Pathologie des Wochenbettes.* — Stuttgart.

Ferroni — *L'eterolisi utero-placentare.* — Ann. di Ost. e Gin. - 1905. N. 8.

Ferroni — *Sull'autolisi dell'utero puerperale.* — Ann. di Ost. e Gin. - 1905. N. 12.

Ferroni — *Le ossidasi placentari.* — (Contributo allo studio dei fermenti placentari, con ricerche sulle ossidasi del sangue materno e fetale e di alcuni organi durante e fuori lo stato di gravidanza) Ann. di Ost. e Gin. - 1906. N. 6.

Ferroni — *Le attività lipolitiche nell'utero puerperale.* — La Ginecologia - 1906. Fasc. 19.

Ferroni — *Ostetricia e scienze biologiche* (Prelezione) — Ann. di Ost. e Gin. - 1907. N. 1.

Fossati — *Le variazioni dell'attività lipolitica di alcuni organi nel loro sviluppo* — Ann. di Ost. e Gin. - 1905. N. 11.

Fossati — *Sui rapporti della funzione lipolitica di alcuni organi in gravidanza, fuori di gravidanza e nel feto.* — Atti della Soc. Ital. di Ost. e Gin. - 1905. Vol. XI, pag. 219.

Fossati — *Ricerche intorno all'attività di ricambio dell' elemento epatico e renale in relazione alla gravidanza.* — Racc. di Scritti Ost. e Gin. pel Giubileo Didattico del prof. L. Mangiagalli - Pavia, Ed. Fusi - 1906. pag. 171.

Fossati — *Di alcune proprietà dell'estratto etereo dell'urina.* — Ann. di Ost. e Gin. - 1906. N. 1.

Henriot — *Comptes Rendus de la Soc. de Biol.* — Ann. 1896 - 97 - 98 - 99.

Helme — *Histological observations on the muscolar fibre and connective tissue of the uterus during pregnancy and the puerperium.* — Transact. of. the Roy. Soc. of Edimburg 1891. Vol. XXXV, parte II.

Langstein und Neubauer — *Ueber die Autolyse des puerperalen Uterus.* — Münch. med. Woch. 1902, N. 30.

Luciani — *Trattato di Fisiologia.* — Soc. Ed. Libraria, Milano.

Lustig — *Trattato di Patologia Generale.* — Soc. Edit. Libraria, Milano.

Meola — *L' involuzione dell' utero studiata dall' aspetto istologico.* — Morgagni, 1883.

Moro — *La scissione idrolitica della monobutirrina come metodo di differenziazione fra essudati e trasudati.* — Bollet. della R. Acc. Med. di Genova - 1905, N. 3.

Verworn — *Fisiologia Generale.* — Trad. Italiana - Ed. Bocca, Torino.

KOUVER: *Preparati microscopici dall'utero estirpato in una donna di 69 anni* — Zentr. f. Gynäk N. 46, 1907.

Leucorrea fetida: scucchiaiamento: al reperto microscopico: endometrite acuta; poichè tuttavia erano stati asportati dei frustoli gangrenosi, K. si decise a procedere alla estirpazione totale sull'appoggio della presunzione clinica di carcinoma.
Nell'utero estirpato non si trova affatto carcinosi; la mucosa è in stato di atrofia avanzata, le arterie sono molto ispessite. Verisimilmente si tratta di una infezione propagata in alto dalla vagina.
Driessen riscontrò nei preparati arterie calcificate: queste avrebbero potuto portare la stasi, l'apoplessia e le propaggini polipoidi. *Donzella.*

BYLIKI (Lemberg) *Sulle doglie in gravidanza.* — Zentr. f. Gynäk N. 46, 1907.

L'*A* osservò in una III gravida ventisettenne dal 3.° mese di gravidanza contrazioni uterine dolorose, le quali senza alcun motivo apparente ogni giorno si ripetevano con brevi intervalli ed anche di frequente nella notte si risvegliavano. Nonostante il riposo a letto ed i mezzi narcotici quella condizione di cose durò tutta la gravidanza, la paziente vi si abituò completamente e così bene che non distinse il cominciamento delle doglie del parto ed avvertì che stava per partorire per lo scolo delle acque ammiotiche e perchè la testa immediatamente dopo si avanzò.
Relativamente alla spiegazione delle doglie in gravidanza Byliki si fa forte dei noti lavori di Braxton Hicks e di Schatz sull'argomento. — H. Ehrlich ricavò dal Przeglad lekarski 1907 N. 11 e 12. *Donzella.*

H. K. WALLACE (Sunderland): *Chorea gravidarum* — Brit. med. Journ. 1907, febbr. 2.

Lo stesso fatto si ripetè nella paziente per due gravidanze successive: nella prima la malattia decorse dall'8° giorno prima del parto, nella seconda da sei settimame prima, ed il parto dovette essere terminato artificialmente a malata cloroformizzata tutte e due le volte. Tutti i calmanti perfino la morfina si dimostrarono impotenti e non dettero alcun resultato. Nel puerperio la chorea svanì interamente. Tutte e due le volte i figli morirono pochi giorni dopo la nascita; il primo era idrocefalo, il secondo era ben conformato ma piccolo e gracile.
Donzella.

BALIKA: *Un caso di eclampsia trattato operativamente con il taglio cesareo vaginale.* — Zentr. f. Gynäk. p. 1341. 1907, N. 43.

Non vi è accordo ancora fra i ginecologi sulla questione del trattamento operativo precoce o dell'aspettazione nella eclampsia. Neppure in Berlino, *la Mecca* degli ostetrici tedeschi, vi è accordo. Liepman nella Med. Klinik, tratta di 66 casi della clinica di Bumm nei quali fu fatta la isterotomia vaginale anteriore: la mortalità della eclampsia scese da 30 °/₀ a 1,8 °/₀. L'operazione non si può fare quando vi sono rialzi termici. In termini egualmente pregiativi si esprimono Dührssen, Zweifel, Veit, ecc. Di contro a queste affermazioni stanno i dati di Esch il quale nella Münchener Mediz. Wochenschrift, su casi della clinica di Olshausen, dimostra che la percentuale di mortalità tocca l' 1.7 °/₀, trattando l'eclampsia col metodo del temporeggiare. I parti decorsero spontanei in parte, in parte furono terminati operativamente col rivolgimento, l'estrazione, il forcipe, la craniotomia, quando già esistevano tutte le condizioni permittenti le rispettive operazioni. Il precetto della Clinica di Olshausen è che solo nei casi più gravi è permesso d'intervenire operativamente.
Anche la Clinica nostra si fa guidare in generale da questo principio. Ma il caso ch'io sto per riferire, fu così grave, che la liberazione della donna pareva dovesse salvarle la vita.
Si trattava di una donna, J. N., di 32 anni, gravida per la seconda volta. L'ultima mestruazione al principio di agosto 1906. Da due mesi si sono gonfiati molto gli arti inferiori: non vi sono ancora doglie.

Venne trasportata alla Clinica il 6 maggio 1906, alle 9 di sera, dopo ripetuti attacchi convulsivi. Durante il trasporto, durato una mezz' ora, se ne ebbero quattro e durante la nostra osservazioue per 13 ore, nonostante la morfina, l'ipodermoclisi e gli impacchi caldi si ripeterono tipici attacchi. Le doglie cominciarono il giorno 7 alle ore 10 a. m. Il bacino era normale. Probabile gravidanza gemellare, feti vivi. Mentre ancora l' orifizio uterino è chiuso completamente, le condizioni della donna — 38° f., 120 pulsazioni, incoscienza - ci conducono alla decisione di effettuare il parto col taglio cesareo vaginale.

L'atto operativo fu fatto dal Prof. Bársony col metodo di Bumm. Entrambi i feti erano in presentazione di vertice e furono estratti previo rivolgimento. Fu estratta la placenta e tamponato l'utero per emorragia notevole. Dopo sutura della ferita, il tampone fu rimosso, l'utero fu irrigato con acqua bollita e la vagina con soluzione di sublimato all'1: 5000. Dopo l' operazione fu osservato ancora un accesso meno intenso. Fu somministrata morfina e più volte aspirina e fatta ipodermoclisi; comparve sudore abbondante, l'urina fino al momento torbida si chiarificò ed il sensorio si risvegliò. Il decorso del puerperio fu normale. La donna lasciò il letto alla fine della terza settimana. Dei neonati, uno maschio ed uno femmina, il primo morì al 3° giorno, la femmina vive e si sviluppa.

Noi abbiamo avuto l' impressione che la donna sarebbe morta se si fosse aspettato lo svolgimento spontaneo del parto. Noi consideriamo il caso come un riuscito tentativo, il quale favoreggia l' indicazione del taglio cesareo vaginale in casi simili d'esito dubbio. *Donzella.*

Siegert F.: *Quantità del pasto nell'allattamento naturale ed artificiale.* — Ann. de Méd. et Chir. Inf., Maggio 1° 1907.

L'*A.* richiama l' attenzione sul fatto che nel determinare il numero delle poppate per giorno non si è tenuto conto mai della durata della digestione intestinale. Questa ha luogo nel tempo di 3 ore e mezza a 4 ore. Considerando che l'intestino non dovrebb'essere costretto a lavorare sempre, bisogna abituare i bambini a prendere il pasto con intervalli più lunghi dell'usato: la quantità per pasto deve essere aumentata, l'intervallo 4 ore. L'*A.*, è soddisfatto della prova fatta con buon resultato in due bambini cui furono somministrati solo quattro pasti nelle 24 ore. *Donzella.*

Delassus — Jour. des Sc. de Lille, august, 4. 1907.

Usando l'ac. nucleinico prima delle operazioni laparatomiche si aumenta la resistenza del peritoneo. La somministrazione si fa per via ipodermica 15 ore prima della operazione. L'*A.* usò un gr. di acido nucleinico polverato e sciolto in acqua alcalina. L' iniezione produsse dolore assai grave — la cocaina commista alla soluzione giova ad attutirlo — e causò l'insonnia. Si ebbe aumento di temp. e di frequenza del polso: i reni non sono danneggiati: il colore del peritoneo non è cambiato. *Donzella.*

Keim: *Patogenesi della flegmasia alba dolens* — La Presse Médicale, luglio, 17, 1907.

Keim crede che non sempre la flegmasia alba dolens sia prodotta da infezioni esogene: può infatti seguire a puerperii assolutamente regolari, ed è rara sia nelle infezioni puerperali gravi, sia negli aborti, che frequentemente sono seguiti da infezione. La trombosi delle vene può avvenire dopo il parto per effetto di una condizione speciale del sangue, originata da cattiva funzionalità epatica. Durante la gravidanza le funzioni epatiche sono alterate ed il sangue diventa più coagulabile: vi è un eccesso di fibrina nel plasma. Iniezioni di acqua pura o di sublimato aumentano la coagulabilità del sangue. Il trattamento di questa condizione di cose dovrebbe mirare ad eccitare la contrazione uterina (!) e ad aumentare la funzionalità anticoagulatrice del fegato. Le irrigazioni endouterine dovrebbero essere lasciate da parte ed ogni residuo placentare allontanato. Alla fine della gravidanza le affezioni intestinali aiutano la tossiemia. Avvengono per causa mec-

canica trombosi venose da compressione nelle vene del bacino e si propagano alle vene degli arti inferiori dopo il traumatismo del parto. Il rimedio è quello di curare l'intestino, affinchè il fegato meno assalito dalle tossine di origine intestinale, possa esser sufficiente a conservare la coagulabilità del sangue in grado normale. Quindi bisogna eliminare la costipazione. l'enterite, fare lavaggi intestinali con soluzioni alcaline e con acqua ossigenata. A favorire la tonicità delle vene si somministri hamamelis e stricnina. Dopo il parto l' utero dovrebb' essere svuotato completamente e la contrazione sua affrettata con irrigazioni vaginali ed ergotina.

OTTO VON FRANQUÈ (Praga): *Leucoplasia e carcinoma della vagina e dell'utero.* — Zeitschrift f. Geburtsh. v. Gynuk. Bd. LX. — Leukoplakia und Carcinoma vagina et uteri.

L'*A*. dice, che mentre son note le macchie biancastre dovute alla produzione di epitelio che si possono osservare alla vulva, e che si dicono appunto, leucoplasie vulvari, e se ne conoscono i rapporti col cancro, sieno esse sole od accompagnate da estesa craurosi della vulva, non così facili ad osservarsi, nè così note, almeno in Germania, sono le stesse macchie che possono apparire sul collo uterino. L'*A*. ne ha già descritto un caso nel 1899: apparteneva ad una donna di 50 anni, che ammalò più tardi di carcinoma.

L'*A*. fa un po' di storia di questa rara lesione. Egli riesce a trovarne 6 casi nella letteratura ai quali egli aggiunge tre osservati da lui e di questi descrive dettagliatamente l'ultimo, che appartiene ad una donna 2 para di 59 anni. Dopo aver fatto la storia di questo caso e la critica dei casi pubblicati viene alle seguenti conclusioni:

1. La leucoplasia della vagina, sia che apparisca sulla porzio, sia che apparisca sul fondo della vagina, è sempre sospetta. poichè in tutti i casi fin qui conosciuti, precedette il carcinoma.

2. Microscopicamente la leucoplasia della vagina presenta solo in via eccezionale le caratteristiche della leucoplasia della vulva. In generale presenta soltanto la sclerosi della tunica propria, una infiltrazione di cellule rotonde dello strato sotto-epiteliare di questo, allungamento delle papille. la proliferazione dello strato germinativo, l' ispessimento dello strato mucoso.

3. La leucoplasia della vagina rappresenta una prolificazione epiteliare su un fondo di infiammazione cronica con forte tendenza alla degenerazione maligna, come del resto si osserva nelle note modificazioni epiteliari della vulva, della cute, della mucosa della bocca sulla quale l'*A*. non si sofferma.

4. Il caso presentato dall'*A*. è interessante perchè è la prima osservazione di un carcinoma diffuso dalla vagina che fu possibile osservare nei primi stadii. In questo si osserva, come la degenerazione maligna sia incominciata contemporaneamente nello strato germinativo e nello strato mucoso. ed in alcuni punti si può riconoscere quando è avvenuta l'invasione dell'epitelio sulla tunica propria. E' possibile che nella forma diffusa del carcinoma vaginale cominci sempre nello stesso modo ed in più punti della mucosa.

5. La combinazione del prolasso vaginale col carcinoma non è per nulla rara. Il carcinoma può essere benissimo anche qui preceduto dalla leucoplasia.

6. Nella cura operativa del carcinoma vaginale si deve estirpare con la vagina l'utero. La tecnica di Schuchardt è quella da seguirsi.

GIGLI.

OTTO VON FRANQUÈ (Praga): *Sulla statistica e sui metodi operatori dei miomi.* — Prager med. Wochenschr. 1907, N. 35. — Zur Statistick und Methodik der Myomoperationen.

Conferenza tenuta il 12 Giugno 1907 all'Accademia di scienze dei medici tedeschi in Boemia.

La prognosi degli interventi sui miomi dell'utero è così migliorata, in questi ultimi tempi, da permettere un allargamento delle indicazioni operatorie molto al di là dei limiti dell'urgenza. Queste affermazioni l'*A*. si propone di dare con

dati di fatto raccolti nella sua ricca clinica a Praga negli ultimi 4 anni. In questi 4 anni vennero operati dal Prof. Franqué N. 208 fibromi con 10 morti.

L'*A*. fa una particolareggiata esposizione in tabelle delle diverse operazioni con la relativa mortalità e si indugia a spiegarne particolarmente le cause.

Dalle cifre riportate apparisce, come effettivamente non sia nella estirpazione dei tumori la via vaginale la più sicura, ma la via addominale. Di 153 operazioni addominali non una è morta per infezione: si ebbe quindi il 0°/₀. In 44 estirpazioni totali per vaginam ne morirono 2, quindi si ebbe in questa operazione il 4.54°/₀. Un miglioramento nella tecnica delle estirpazioni vaginali è dato dal Döderlein. Di queste operazioni ne furono fatte dal v. Franqué 14 senza mortalità.

L'*A*. non è molto favorevole al metodo conservativo nelle miomectomie, egli crede che queste operazioni debbano avere molto limitate indicazioni. Sono meno sicure e danno peggiori risultati. L'*A*. le pratica solo in casi di giovani donne, nelle quali la conservazione della possibilità a concepire abbia un grande valore.

Nelle operazioni addominali egli preferisce l'amputazione sopra vaginale. L'estirpazione addominale totale la riserba solo in casi ben determinati, per quanto i resultati di questa operazione siano ottimi: 46 operazioni con 0°/₀ di mortalità. Questi resultati egli crede siano dovuti alla tecnica, e più particolarmente all'aprire invece del fornice posteriore il fornice anteriore e potersi così più facilmente difendere dalle infezioni della vagina.

I resultati di queste operazioni saranno ancora migliori nell'avvenire, secondo l'*A*., perchè l'anestesia spinale alla Bier ci permette di operare senza inconvenienti evitando l'azione grave del Cloroformio sul rene e sul cuore. La perdita del sangue è minore operando in questo modo e minore il pericolo delle gravi emorragie. La metà delle operate, dice l'*A*., morirono per complicanza cardiaca. Egli crede si possa così concludere: « i miomi non devono essere per lungo tempo curati palliativamente, ma appena i sintomi si manifestano estirparli.

Gigli.

Engström Otto: *Grosso ematocele da emorragia in un corpo luteo*. — Archiv. f. Gynäkol. Bd IXXXII.

Engström parla di un ematocele che credevasi prima dell'operazione di origine tubarica. Ma le trombe erano perfettamente normali, mentre sull'ovaio sinistro in corrispondenza dell'ilo era un grosso coagulo. Questo era connesso al polo esterno di un corpo luteo recente e l'emorragia era partita dal parenchima al punto dove il follicolo si era rotto. L'emorragia si era verificata dopo un attacco di influenza grave. L'esame microscopico rivelò l'assenza di elementi fetali.

Donzella.

Clement Cleveland: *Profilassi della gonorrea* (Surgery Gynecology and Obstetrics Agosto 1907).

Nel suo discorso alla Società Americana di Ginecologia il Cleveland trattò della profilassi della gonorrea da cui fa dipendere un numero enorme di malattie ginecologiche: il 70°/₀ delle operazioni ginecologiche si fanno per combattere le conseguenze della gonorrea. Tutti i collegi, le scuole ecc. dovrebbero avere corsi di igiene sessuale. La American Society of Sanitary and Moral Prophylaxis fu fondata in New York nel 1905: altre Società con scopo eguale si costituirono a Chicago e Filadelfia: Fournier fondò a Parigi la Società madre nel 1900. — L'uomo dovrebbe al momento del matrimonio presentare un certificato medico di non aver sofferto malattia venerea. *Donzella*.

Spencer H. R. ed altri: *Precauzioni raccomandabili per diagnosticare precocemente il cancro dell'utero*. — Brit. Med. Jour. 1907, vol. II p. 431.

In Inghilterra e nel paese di Galles causa 4000 morti in un anno. Spencer combatte il pessimismo di molti autori affermando che il cancro dell'utero nei primi stadi è curabile, in un gran numero di casi, con un'operazione vaginale con pochissimo rischio della vita, e che in stadii più avanzati si può anche cu-

rarlo con operazioni estese nella cavità dell'addome pur aumentando la mortalità postoperatoria.

(1) Le pazienti non ricorrono al ginecologo perchè ignorano i primi sintomi del male. (2) I medici pratici ritardano a fare gli esami esaurienti in quelle che presentano i primi sintomi (emorragia e perdite di materia purulenta). (3) Le pazienti sono ritrose o si rifiutano a sottoporsi all' esame ginecologico. (4) La difficoltà di distinguere fra un tumore maligno ed una forma benigna specialmente del corpo dell' utero. Queste sono cause per cui la possibilitá della guarigione va perduta in molti casi. Coloro che presero parte alla discussione tutti quanti si trovarono d'accordo sui punti più importarti e fu richiesto alla British Association di nominare un comitato che studi i mezzi migliori per diffondere la nozione dell' importanza della diagnosi precoce del cancro dell'utero. *Donzella.*

MONTANELLI: *Considerazioni sopra due casi di tubercolosi cervicale papillomatosa secondaria.* — *La Ginecologia*, anno IV, 15 novembre 1907, fasc. 21, p. 647.

L' *A.*, dopo aver accennato che tutte le forme di tubercolosi della portio si possono ridurre a due sole: interstiziale e papillomatosa, descrive due casi di tubercolosi cervicale papillomatosa occorsi nell' Istituto Ostetrico Ginecologico di Firenze.

Mostra che l'utilità maggiore che si può trarre dallo studio di tali casi è specialmente quella che deriva da una esatta interpretazione della relazione genetica, che essi possono avere con altre localizzazioni tubercolari. che si trovano in altri punti dell'apparato genitale stesso ed anche fuori di esso.

A tale interpretazione, che deve trarre profitto dall' anamnesi. dall' accurato esame generale e locale. deve essere subordinata la cura. la quale sarà palliativa. nei casi in cui le lesioni tubercolari degli altri organi. specialmente dei polmoni e del peritoneo. sono tali da rendere inutile un intervento.

Però, dice l'*A.*, per i casi operabili, non abbiamo ancora concetti fondati. ciò che dipende dal fatto che le forme tubercolari della portio, potendo essere primitive o secondarie, esiste tuttavia disparere tra i ginecologi se nelle forme primitive bisogna limitare l'intervento all'esportazione del segmento ammalato (Spinelli. Murphy, Castany. Pestalozza) o bisogna essere radicali quanto più è possibile (Pichevin. Faure, Pozzi, von Rosthorn).

L' *A.* non esclude che esistano delle forme primitive di tubercolosi cervicale; ma la percentuale delle forme secondarie è indiscutibilmente tanto maggiore da fare considerare il più delle volte il processo cervicale come un sintomo della malattia localizzata internamente, specialmente alle trombe, le quali contribuiscono per il 90 °/₀ nei casi di tubercolosi genitale.

Viene alla conclusione che *la demolizione dell' intiero apparato genitale si impone nella tubercolosi cervicale come nelle neoplasie maligne*, o che bisogna limitare la semplice amputazione del collo a quei casi. in cui i dati anamnestici, il decorso clinico, l'esclusione assoluta di lesioni tubariche e del corpo uterino possono deporre per una forma primitiva e localizzata al punto d'impianto.

Cinlla.

DIXON E TAYLOR: *Azione fisiologica della placenta.* — Trans. of the R. Soc. of Med. 1907.

Le iniezioni di estratto placentare agiscono come quelle di adrenalina, in quanto aumentano la pressione endovasale. Tuttavia l' aumento della pressione è più lento e più duraturo, e l' azione sul cuore è meno manifesta. L' azione sull' utero è diversa secondo che si tratta di un utero gravido o no. Nell'utero gravido questo estratto aumenta il tono della muscolatura e la contrattilità ritmica.

Basandosi su questo reperto gli AA. ritengono che la placenta abbia una notevole importanza per la conservazione del tono muscolare dell' utero, e che possa anche influire sull'inizio del periodo di travaglio. *M. S.*

MEYER E RUPPEL: *Medizinische Klinik 40,* 1907. riferiscono sulla tecnica da loro usata per ottenere un siero antistreptococcico polivalente dal cavallo.

La difficoltà maggiore da superare è quella di poter mantenere ad un determinato ceppo la virulenza primitiva. ciò che gli autori riferiscono di aver

ottenuto colla coltura dello streptococco nel sangue defibrinato di uomo e successivamente col passaggio diretto nel sangue defibrinato di cavallo. Tuttavia, inoculando semplicemente questo materiale, assai virulento, non si riesce ad ottenere risultati positivi costanti data la enorme mortalità dei cavalli. Occorre quindi anzitutto raggiungere un primo grado di immunizzazione colla inoculazione di culture passate sui comuni terreni di cultura (e quindi assai attenuate), dopo di che si riesce a mantenere in vita l'animale e ad ottenere un siero abbastanza attivo per la varietà di streptococco inoculata. Il siero messo in commercio (che è quello fornito dalla Farbwerke di Hochst) consta di una miscela di sieri di varii cavalli inoculati con ceppi diversi.

Secondo gli AA. la virulenza sperimentale degli streptococchi non è quasi mai proporzionale alla gravità della forma clinica osservata. *M. S.*

WILLIAM SINCLAIR M. D. (Victoria University Manchester): *Taglio cesareo ripetuto per la quarta volta nella stessa donna: osservazioni sulla formazione di aderenze utero parietali. La isteropessia ipogastrica.* — The Jour. of. Obst. and Gynaec. of the British Empire, Nov. 1907.

L'*A.* descrive minutamente le quattro operazioni da lui compiute in una donna rachitica rispettivamente nell'aprile 1896, primipara di 23 anni, nell'agosto 1901, nel giugno 1903 e l'ultima il 31 luglio 1907.

« L'incisione fu fatta lungo l'asse della cicatrice antica e procedendo colla « dissezione non fu possibile distinguere dove avessero termine i tessuti della « parete addominale e dove cominciassero quelli uterini. Finalmente comparvero « le membrane ». Allora la ferita fu allargata sufficientemente, indi le membrane furono rotte, estratto il feto e la placenta, tutta l'operazione procedette senza aprire alcuna comunicazione col peritoneo. Durante la convalescenza il dott. Shaw, ostetrico residente all'ospedale, raccolse dalla paziente queste informazioni sul decorso della gravidanza: « Essa non aveva avuto dolori, nè senso di stiramento, nè di peso, nessuna difficoltà nell' orinare e nel defecare, insomma costei era stata altrettanto bene quanto nella sua prima gravidanza e non aveva avuto neppure quei disturbi di cui soffrono molte pluripare ».

Il 21 agosto la madre e la figlia lasciarono l'ospedale in eccellenti condizioni: la più alta temperatura era stata 37.4 il polso non arrivò a 100.

Consultando il lavoro riassuntivo del Wallace (stesso giornale dic. 1902) sul taglio cesareo ripetuto si possono trovare gli argomenti delle questioni sorte dall'esperienza e le opinioni man mano emesse dai singoli operatori cui era dato di contribuire all'esperienza comune.

Questione della sterilizzazione — A questo riguardo l'*A.* esprime la seguente opinione che solo nei casi in cui la gravidanza si scopra accompagnata da complicanze patologiche per esempio cancro o fibromi, si deve fare la demolizione dell'utero: notando ancora che riguardo ai fibromi va sempre più acquistando favore la enucleazione.

Momento dell'operazione — Non sempre è determinabile a piacere: ma quando lo è si deve intervenire anche se non vi sono segni di parto incominciato: ciò non pregiudica la questione della contrazione dell'ntero svuotato come si credeva.

Formazione delle aderenze — L'*A.* riferisce con accordo le ragioni per cui le aderenze di estensione notevole rendono più complicati i tagli cesarei ripetuti e più pericolosi in conseguenza.

(1) La separazione delle aderenze aumenta la durata della operazione.

(2) Può essere causa di pericolosa emorragia.

(3) La prolungata manovra sull'utero pare sia causa di atonia e quindi di emorragia dopo lo svuotamento.

(4) E facile ledere gli intestini quando si opera su aderenze fra essi e lo omento.

La prima operazione (ricordata dal Wallace) di taglio cesareo senza penetrare nel cavo peritoneale fu fatta dal Michaelis di Kiel nel 1836: egli stabilì il luogo dell' incisione in modo da seguire la zona delle placche di adesione apprezzabili dall'esterno. Così riuscì ad entrare nell'utero isolatamente dal peritoneo, perchè quello aderiva alla parete completamente.

Luogo dell'incisione — Non ha importanza lo sfuggire l'inserzione placentare. E' irragionevole, secondo Sinclair, la preferenza pel taglio trasversale del fondo. Il taglio trasversale dell' istmo può essere vantaggioso in qualche caso perchè è extraperitoneale.

Materiale di sutura, rottura dell'utero — « La mia opinione è che, se si « usasse sempre la seta per la sutura e nei punti si largheggiasse, si udrebbe « parlare ben raramente o per nulla affatto di rottura dell'utero in gravidanza ».

La produzione intenzionale di aderenze utero parietali — Questa dev'essere la mira dell' operatore nella parte ricostruttiva del taglio cesareo allo scopo di renderne facile e meno pericolosa la ripetizione isolando lo sbocco uterino dal peritoneo. Descrive la tecnica seguita ultimamente in un caso dove fu fatta dopo il taglio cesareo l'isteropessia ipogastrica.

(1) Rimesso l'utero nella sua posizione normale dallo sfondato vescico uterino fu escluso l'intestino per mezzo di suture laterali che affacciano le due pagine sierose che lo costituiscono.

(2) Il peritoneo parietale in corrispondenza dell'angolo inferiore della ferita addominale fu stirato fuori un poco. Fu fatto passare un punto di seta sottile dall' esterno attraverso il peritoneo parietale: con esso si comprese uno strato di utero in un luogo nettamente distanziato da quello della sutura uterina: quindi il punto fu fatto passare di ritorno nel peritoneo parietale e legato: così il nodo veniva ad essere extraperitoneale.

(3) Questo modo di sutura fu continuato simmetricamente da tutti e due i lati finchè il punto siero-sieroso più alto si trovava un poco al di sopra del livello del limite più basso del corpo dell'utero.

(4) Un filo di seta più forte fu fatto quindi passare attraverso la fascia addominale sul lato sinistro della ferita comprendendone un buon lembo, quindi attraverso il peritoneo ed ancora nella parete uterina a discreta profondità. Lo stesso filo fu ripassato attraverso al peritoneo ed alla fascia e così apprestato ad essere annodato come punto perduto.

In questo caso speciale fu dato un altro punto come il precedente un poco più in alto in modo da comprendervi anche la sutura uterina vicino alla estremità superiore di essa. Quando questi due punti furono annodati, la parete anteriore dell'utero fino a metà del corpo restava totalmente isolata dalla cavità peritoneale, e la possibilità della formazione di aderenze colle anse intestinali e coll'omento non si doveva più temere.

Seguì la sutura a 4 strati della parete addominale; indi ripulitura della vagina e dell'orifizio uterino con batuffoli di cotone imbevuti di soluzione di sublimato forte e calda.

La donna non allattò. Uscì il 21 settembre. Il fondo dell'utero era a 7 cm. sopra il pube e ben inclinato avanti. La cicatrice addominale era valida: non v'era dolore nè sensibilità provocata in nessun luogo.

Vantaggi di questa operazione:

(1) Una larga superfice di adesione dell' utero alla parete addominale ottenuta con suture siero-sierose.

(2) Valido sostegno dell'utero dato dai punti trasversali così da impedire lo spostamento durante l'involuzione.

(3) Spazio di escursione per la vescica che non viene imbarazzata nelle sue funzioni.

(4) Esclusione dell' intestino e dell' omento dal campo di una possibile operazione futura. e certezza che le anse non possono occludersi per strozzamento nel cavo utero-vescicale.

(5) Se anche si verifichi un' infezione in sopraparto in una gravidanza futura il taglio cesareo si può praticare ancora con un minimo rischio. Si potrà drenare il segmento inferiore o stabilire una irrigazione permanente se sarà consigliabile.

L'*A*. conclude: la mia esperienza estesa a 30 pazienti curate della sterilità con l'isteropessia ipogastrica mi rende abbastanza indifferente alle obbiezioni. *Donzella.*

Franz Weber — *München* — Arch. f. Gynäk. Bd. lxxxii p. 717.

Il Weber dà conto di 20 casi in cui fu usato il dilatatore Bossi per accelerare il parto: 16 pazienti erano eclampsiche, una era iperpiretica, un' altra dispnoica in alto grado. In quasi tutti i casi si ottenne rapidamente la dilatazione voluta: in alcuni pochi non si pòtè evitare di lacerare il collo ma in nessuno la lacerazione ebbe conseguenze gravi. L'*A.* conclude che il dilatatore di Bossi è uno strumento eccellente, che risparmia qualche volta il taglio cesareo e le incisioni della cervice, e che terrà la sua posizione nell'ostetricia operativa. *Donzella.*

Otto von Franqué (Praga): *Sulla necrosi e la suppurazione dei miomi — Zur Nekrose und Vereiterung der Myome.* — Comunicazione alla Accademia di scienze dei medici tedeschi in Boemia, 29 maggio 1907. — Zeitschrif. f. Geburth. u. Gynäk. Bd. LX.

I miomi possono, per alterazione della loro nutrizione cadere, in necrosi: essi si trovano allora come corpi morti nella sostanza uterina, e vengono cacciati fuori dalle contrazioni uterine stesse. Essi possono allora farsi strada verso l'endometrio o verso il cavo addominale o nel ligamento largo. Nel primo caso, il più frequente, il tumore cade in decomposizione putrida e se il tumore è grande e non sia possibile estrarlo per la via vaginale, l' estirpazione per la via addominale può presentare dei pericoli.

In un caso l'*A.* si è comportato nel seguente modo:

La sera avanti l' operazione, estrasse dalla via vaginale le masse necrotiche del tumore, lavò e disinfettò la cavità e la zaffò con garza alla formalina al 10 %. Prima dell'operazione fece levare il tamponamento e rifarlo con nuova garza, indi suturare l' orificio uterino e disinfettare la vagina. Quindi passò alla estrazione dell'utero per la via addominale, aprendo il fornice anteriore, perchè egli crede che così meglio si riesca a difendere il peritoneo dalla infezione. La guarigione avveniva, senza complicanze, per prima.

L'*A.* illustra con esempi gli altri modi di emigrazione dei miomi necrotici.

Questi casi sono accompagnati da dolori dovuti alle contrazioni dell'utero e da uno stato sub febbrile per il probabile riassorbimento di sostanza di regressione organica.

L'*A.* viene poi a ricordare un altro fatto molto più raro: la suppurazione dei tumori.

Nella clinica di Tubinga su 460 fibromi, e nella memoria del Winter che comprende 753 osservazioni non se ne trovano. L'*A.* riporta un caso molto interessante di osservazione propria.

Si tratta di una donna di 51 anno che aveva un fibroma da lungo tempo. Da un anno aveva di quando in quando febbre senza cause apprezzabili, tanto che si era pensato ad alterazioni del tumore. Quattro settimane prima si stabilì una febbre intermittente oscillante fra il 36,7 e 39,8. Lo stato generale non ne soffriva grandemente. Siccome non c'era altra ragione ed il tumore era dolente, si pensò che la causa della febbre fosse, come era, nel tumore e fu operata. Estirpato il tumore, si trovò nella escavazione retto e vescico-uterina della marcia ed il tumore stesso aperto non era che una vasta sacca di marcia. Si drenò con garza il fondo pelvico e la donna guarì completamente.

L'*A.* conclude nel suo lavoro:

1.° — Nei miomi necrotici, che si spingono in vagina, è necessario, prima di procedere alla loro estirpazione dalla via addominale, di praticare una disinfezione della cavità uterina e zaffo con garza antisettica, suturando poi il collo: e nella estirpazione aprire prima il fornice anteriore.

2.° — Miomi necrotici possono essere spinti dalle contrazioni uterine verso la cavità addominale o fra i foglietti del legamento largo. Nel primo caso si possono avere dei pericoli.

3.° — La necrosi dei miomi interstiziali si può accompagnare a febbre da riassorbimento.

4.° — I miomi interstiziali possono suppurare nella menopausa senza cause apprezzabili.

5.° — In tutti i miomi molli ci si guarderà dall'afferrarli con pinze uncinate durante l'operazione, per evitare i pericoli della lacerazione del tumore. *Gigli.*

PARTE II.

PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

RELAZIONE PERITALE

NELLA VERTENZA TRA LA

Signora N. N. . . . artista lirica, di. . . .

E L'ONOREVOLE

Compagnie Paris - Lyon - Méditerranée di Parigi

DEL DOTTORE

GIUSEPPE VICARELLI

Professore-Direttore dell' Istituto Ostetrico-Ginecologico
della R. Università di Torino

Collisione ferroviaria a Tonnere il 12-12-906 ed Aborto embrionale a Milano 31-12-1906

In adempimento al mandato ricevuto con lettera 4 marzo 1907 dall'Onor. « Compagnie des Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée », a mezzo dell'Ill.mo rappresentante in Italia sig. cav. Martigny, residente in Milano, via Aurelio Saffi, 21, noi rilasciamo la seguente relazione peritale ostetrico-ginecologica, in merito ad alcuni argomenti riguardanti la sôrta vertenza fra i Signori N. N. . . . . . e la sopranominata Compagnia.

Nell'accettare il mandato che la On. Compagnia si compiaceva affidarci noi dichiarammo che le nostre indagini, ed il nostro studio si sarebbero solamente rivolti sulla Signora N. N. . . . . ed unicamente per quella parte di argomento medico che interessa la specialità da noi coltivata, ossia su quanto poteva riguardare direttamente o indirettamente l' ostetricia e la ginecologia.

Avendo l' on. Compagnia annuito a questa nostra proposta condizione, ci siamo dati, e teniamo a dichiararlo, a studiare quanto di ostetrico-ginecologico havvi nel caso occorso, in modo del tutto obbiettivo, sulla stregua di quanto la scienza medica ha oggi dimostrato, non preoccupandoci punto di chi delle due Parti avesse provocato il nostro giudizio.

Premessa questa dichiarazione, veniamo innanzi tutto, da quanto risulta nell' incartamento, a riassumere sommariamente il fatto e le particolarità che c' interessano dal nostro punto di vista:

La Signora N. N. . . . . artista lirica, li 12 dicembre 1906, alle ore 14,30 lasciava, insieme al marito, Parigi per recarsi a Milano, viaggiando sulle ferrovie della Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée, in una vettura di 1ª classe. Alle ore 17 circa nei pressi della stazione di Tonnere avviene una collisione, così descritta nel rapporto ufficiale:

« Deux vagons vides réformés: le plat à levier Midi 2708 et « le S-P. L. M. 127555 se trouvaient en stationnement au fond de « la voie 3 lors du garage sur cette voie du train 4017. La queue « du dit train ayant heurté les deux véhicules, le plat, démuni du « tampon, côté droit, dérailla des deux esseux, se dressa sur le « butoir en s' inclinant de manière à engager la voie 1. Il était 5 « heures du soir. Une minute après environ, le train 505 touchait « l'obstacle; la machine subissait de nombreuses avaries et la voi- « ture A B f. 1101 avait sa partie vitrée brisée du côté opposé ou « couloir. C' est dans ce véhicule que se trouvaient les quelques « voyageurs qui ont eu à souffrir de l'accident ».

Il viaggio fu però continuato fino a destinazione ed a Milano nel giorno successivo 13 dicembre la Signora N. N. . . . . consultava l'egregio professore di ostetricia e ginecologia, Dr. X. Y. . . , il quale così si esprime nella sua rilasciata dichiarazione:

« *13 dicembre 1906.* — La signora N. N. . . . . non offriva lesioni traumatiche, ma era ancora in preda a spavento ed appariva assai abbattuta. Lamentava dolentatura diffusa del cranio, nausea e salivazione. Era inoltre fortemente allarmata per le conseguenze che il trauma subìto potrebbe avere sulla gravidanza che crede iniziata da circa un mese . . . .

Per ambo i coniugi N. N. . . . . esiste il sospetto che il trauma riportato abbia ad avere tristi conseguenze sulle funzioni cerebrospinali o sulla psiche, ed è specialmente per la Signora che da questo punto di vista nutre preoccupazioni . . . .

La signora N. N. . . . . a partire da questo giorno si affida alle cure del sullodato Sanitario, il quale in data 11 gennaio 1907 rilascia a complemento della prima dichiarazione il seguente certificato:

« La prelodata Signora si attenne scrupolosamente alle prescrizioni mie, intese a scongiurare l' insorgenza del travaglio abortivo, riposo assoluto, cura farmaceutica, ma ad onta di ogni trattamento l'aborto si verifica il *31 dicembre 1906*. Le cure prodigate dal sottoscritto colla cooperazione della levatrice Signora A. B. . . . abitante in . . . . . , risparmiarono alla paziente i pericoli inerenti all'aborto e le assicurarono regolare convalescenza dal punto di vista ostetrico. Ma l' impressione morale e psichica riportata nello scontro, il lungo periodo di riposo assoluto, il timore che si verificasse l'aborto, la perdita di sangue causata da questo e la conseguente inevitabile operazione, concorsero ad indebolire le forze ed a sconcertare le funzioni digerenti, donde l' insorgenza di spiccati sintomi e fenomeni nevrastenici . . . .
Naturalmente faccio riserva sulle conseguenze lontane dell'aborto e precisamente sull'eventualità di metrorragie ricorrenti ad ogni periodo mensile (le quali emorragie, mentre arresterebbero i progressi della convalescenza, renderebbero necessaria un' operazione), oppure di forma di metrite con leucorrea esauriente e con conseguente sterilità ». . . . .

(firmato: D.r Prof. X. Y.)

La Signora N. N. . . . . *richiede alla Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée un indennizzo complessivo di L. 50.000* **delle quali L. 30.000 sarebbero per i danni fisici, materiali e morali derivanti dall'aborto, come per le conseguenze future che ne potrebbero da questo derivare.**

La onor. Compagnie Paris-Lyon-Méditerranée ci onorò del fiducioso incarico di riferire, come dicemmo, sulle condizioni ostetrico-ginecologiche della egregia Signora.

Per adempiere al mandato, avendo la Parte interessata annuito, ci siamo recati li 23 marzo 1907, alle ore 13, in casa della signora N. N. . . . . abitante in . . . . . piano . . n⁰ . . per procedere alle opportune interrogazioni ed alla visita necessaria.

Premesse alla gentile Signora le nostre doverose scuse per la speciale ed intima intervista, a cui eravamo costretti sottoporla, passammo ad un particolareggiato interrogatorio sulle condizioni di salute della Signora, tanto più che ***il caso clinicamente studiato***, si presentava, e non senza ragione, come ebbe a dirci subito, ***a priori***, l'egregio collega Professore X. Y. . . . ***dal punto di vista ostetrico-ginecologico oltremodo interessante***.

* * *

Al nostro interrogatorio con la Signora N. N. . . . . assistevano il di lei marito signor N. N. . . . . ed il loro medico di casa, il sullodato Prof. X. Y. . . . . ed ecco quanto è risultato:

Anamnesi remota. — La Signora N. N. . . . . figlia del fu . . . . . nata a . . . . . li 10 marzo 1875, conta ora 32 anni di età, di professione artista lirica.

Perdette il padre che era bambina, nè sa dirci per quale malattia. La madre morì di pneumonite all' età di 46 anni. Un suo fratello è morto a 40 anni, ma non sa di che malattia. Ha ancora viventi due sorelle e tre fratelli, tutti in buona salute.

Essa fu allattata dalla propria madre, non fece mai malattie d' importanza e godette sempre buona salute.

Si mestruò a 13 anni e le mestruazioni, a tipo anticipante, della durata di 4-5 giorni, furono sempre regolari, e senza disturbi.

All' età di 23 anni incominciò a dedicarsi allo studio dell' arte musicale, sentendosi più specialmente portata per la interpetrazione della lirica e del dramma.

All'età di 26 anni (agosto 1901) passò a marito con il Signor N. N. . . . . artista di canto.

Nell' ottobre di detto anno 1901 s' iniziò la sua prima gravidanza e, da questo momento, la storia della Signora N. N. . . . . addiviene a rappresentare, come sopra dicemmo e riconoscemmo col collega Prof. X. Y. . . . , *un caso clinico oltremodo interessante* e, secondo noi, *della massima importanza nel giudizio ostetrico-ginecologico della presente vertenza.*

La distinta Signora era giunta quindi nel dicembre 1901 pressochè al 3° mese della sua *1ª gravidanza*, senza grandi disturbi speciali, quando il suo medico curante — sempre il Prof. X. Y. . . . — in una visita che ebbe a farle, le riscontrò al lato destro dell' utero un *tumore utero-annessiale* che, per il volume, uguagliava quello stesso dell' utero gravido al 3° mese, e, fra le ipotesi sulla natura di detto umore, si pensò anche ad una possibile gravidanza extra-uterina.

Proposta l' ablazione di detto tumore, la Signora vi si rifiutò. Successivamente insorsero dolori locali, acutizzatisi in seguito a strapazzi, e con disturbi nervosi generali così gravi che le *venne provocato l' aborto il 23 dicembre 1901.* La Signora in seguito rimase in letto per soli 8 giorni, il puerperio decorse regolarmente

e, dallo stesso medico, fu notato che il tumore si era dopo l'aborto rapidamente rimpicciolito. La Signora, rimessasi completamente e senza accusare disturbi, potè presto riprendere le sue occupazioni di artista lirica.

Nel 1903 s'inizia una *2ª gravidanza,* e questa avrebbe avuto un decorso abbastanza regolare.

Il travaglio del *parto*, dichiaratosi a termine della gravidanza, procedette in un modo *non del tutto regolare,* avendosi avuta la rottura precoce delle membrane, l'inerzia con stato irritativo, tanto che il dott. X. Y. . . . . sempre medico-ostetrico di casa N. N. . . . . dovette dopo 30 ore da che la Signora trovavasi in sopraparto, intervenire con il *forcipe* portando alla luce, non senza difficoltà, li 14 marzo 1904, una bambina regolarmente sviluppata, viva e tuttora vivente e sana.

Nulla ci viene riferito in merito al comportamento di quel tumore utero annessiale durante questa 2ª gravidanza, soltanto ci venne riconfermata la sua esistenza.

Il puerperio ebbe un decorso regolare. La Signora tenne il letto per 10-12 giorni. Non allattò. Fece delle cure ricostituenti e presto ritornò a quella vita, a dir vero, nomade ed esauriente, propria de gli artisti drammatici.

Nell'agosto 1905 s' inizia una *3ª gravidanza,* ma questa esordisce con fenomeni riflessi notevolmeute accentuati, specie da parte del sistema nervoso e dello stomaco, tanto che a partire dal 2° mese di gravidanza i vomiti ed i disturbi nervosi si vanno così accentuandosi ed aggravandosi che l' ostetrico sempre il Prof. X. Y. . . . . ritiene necessario e passa, nell'*ottobre 1905*, alla *provocazione dell' aborto*.

La Signora tiene il letto per circa 15 giorni e pure procedendo normale il puerperio, ella stentava a rimettersi dalle sue condizioni di debolezza generale e di astenia nervosa. Occorse una lunga cura ricostituente. Ristabilitasi altro non avrebbe avuto a notare che una maggiore eccitabilità nervosa. Nessun disturbo per la presenza del tumore, sempre constatato. Le funzioni da parte dell' apparato genitale sarebbero state sempre regolari senza speciali disturbi, tranne talora, specie dopo maggiori fatiche o strapazzi, un leggero senso di indolenzimento alle regioni sacro-lombari, una scarsa leucorrea, ma, a detta della Signora, fatti questi tutti di poco momento e transitorî.

Notisi che trattasi di signora che ha molta cura della propria persona e che non trascura le lodevoli regole della igiene intima.

Nell'agosto-settembre 1906 in seguito a cause morali (malattia della bambina, lontananza del marito) riferisce di essere stata colpita da una febbre che le durò per circa 20 giorni, durante la quale malattia era presa da attacchi nervosi che non sa precisare.

Anamnesi prossima. — *Le mestruazioni* che erano state regolari, per periodicità anticipanti, e della durata di 4-5 giorni e senza disturbo *si terminarono* l'ultima volta, cioè prima dell'incidente ferroviario, *alli 8-10 novembre 1906*. Per tutto il mese di novembre la Signora non avvertì alcun disturbo, nessun fenomeno simpatico o riflesso, nè le venne mai il sospetto di essersi in lei iniziata una 4ª gravidanza. Soltanto ai primi di dicembre, sua epoca mestruale, e dopo aver invano atteso fino alli 7-8 l'insorgenza della mestruazione, alla Signora balenò il pensiero della gravidanza, che divenne sospetto per avere notato un certo inturgidimento delle mammelle. Ma la Signora molto dubitava di essere in stato di gravidanza e per la mancanza di qualunque altro sintomo o disturbi generali, e per il non verificarsi della stitichezza, che sempre aveva concomitato con l'iniziarsi di tutte le altre gravidanze.

E con Lei era pure il marito nel pensare che gravidanza nella moglie non si fosse iniziata per quello stato di benessere in cui la Signora si trovava, insolito in confronto a quello di tutte le altre gravidanze.

La Signora N. N. . . . . trovavasi in quel tempo a Parigi quando, come si disse, alle 14.30 delli 12 dicembre 1906, cioè quando già da alcuni giorni era trascorso tutto il periodo della sua ricorrenza mestruale, si metteva in viaggio per Milano prendendo posto in una carrozza di 1ª classe del diretto delle ferrovie francesi Paris-Lyon-Méditerranée.

L'ameno viaggio viene d'un tratto sinistramente turbato per una *collisione* che ha luogo nei pressi della stazione di Tonnere alle ore 17 circa, per le ragioni e nelle modalità che abbiamo veduto nel rapporto ufficiale, che noi abbiamo voluto riportare onde non sia dimenticato che questo accidente ferroviario non consistè nè in uno scontro, nè investimento, nè deragliamento, ma in una *semplice collisione*. Particolarità questa che ha la sua importanza sull'entità degli eventuali traumatismi fisici e psichici che possono derivare ai passeggieri.

La Signora N. N. . . . *assisa sul divano* della carrozza e *con il dorso rivolto verso la direzione del treno* risente l'urto della collisione senza però riportarne alcuna ferita, molto però rimane spa-

ventata essa racconta, dal vedere il marito, che le stava di fronte, macchiato di sangue al volto, balzato lungi da lei e la parete vetrata laterale della carrozza rotta ed aperta.

Riavutasi dal panico e dalla confusione di simili frangenti il viaggio è tosto continuato e giungono a Milano.

Nè subito, nè durante il rimanente tratto di percorso in ferrovia, per oltre 14 ore, la Signora N. N. . . . . *nota alcun disturbo da parte della sfera genitale, non la più piccola perdita di sangue o di altro liquido dai genitali, non dolori da insorte contrazioni uterine.*

Giunta a Milano e postasi in letto la Signora N. N. . . . . fa chiamare presso di sè il proprio ostetrico di casa, il ricordato Prof. X. Y. . . . il quale ebbe a riscontrarle quanto già abbiamo riportato in sul principio della presente relazione e cioè: « *La Signora* N. N. . . . *non offriva lesioni traumatiche, ma era ancora in preda a spavento ed appariva assai abbattuta. Lamentava dolentatura diffusa del cranio, nausea e salivazione. Era inoltre fortemente allarmata per le conseguenze che il trauma subìto potrebbe avere sulla gravidanza, che crede iniziata da circa un mese* » (dichiarazione delli 13 dicembre 1906).

Dal 13 fino al pomeriggio del 30 dicembre la Signora N. N. ci riferisce che non ebbe ad avvertire alcun disturbo da parte della sfera genitale, *non dolori da contrazione uterina, non perdita di sangue o di altro liquido dai genitali, non sintomi di arresto della gravidanza* ed il prof. X. Y. . . . , cultore egregio e pratico valente in ostetricia, che visitava quasi giornalmente la Signora e per di più ne conosceva da tempo le condizioni generali e quelle dell'apparato genitale, *non ebbe a riscontrare alcun sintomo obbiettivo di aborto,* ma edotto dalla Signora del sospetto in lei di una incipiente gravidanza, molto saggiamente consigliò, a *scongiurare* **l'insorgenza del travaglio abortivo** (vedi dichiarazione delli 11 gennaio 1907) tutte quelle cure che valgono appunto a scongiurare un eventuale aborto e che devonsi consigliare ed eseguire anche soltanto nel lontano dubbio di nna possibile iniziatasi gravidanza.

Alla sera delli *30 dicembre 1906* il prof. X. Y. . . . è richiesto d'urgenza presso la Signora N. N. . . . perchè colpita da *emorragia dai genitali* e pratica un tamponamento vaginale. *Al mattino del 31 dicembre* in seguito ad un esame locale il Collega ci riferisce che formulò la seguente diagnosi clinica: *Utero gravido nella 2ª metà*

del 2° mese, in travaglio di aborto inevitabile. Uovo distaccato in parte e sporgente nel canale cervicale.

Assistito dalla levatrice Signora A. B. . . . il prof. X. Y. . . . procede allo ***svuotamento dell' utero***, particolareggiando nei dettagli che dell' ***embrione***, preso di traverso, vennero visti e distintamente riconosciuti anche dai presenti, levatrice e marito, ***il braccio, la mano ed un arto inferiore*** e che per contro la testa non venne rilevata, perchè forse andò commista ai grumi di sangue o frantumata con le pinze di presa.

Pregato a questo punto il Prof. X. Y. . . . di saperci dire quale fosse stata la sua impressione, ***esaminando lo stato di quanto dell'uovo ebbe ad estrarre dall'utero*** riguardo al tempo in cui dal momento dell'avvenuto aborto ritenesse si fosse la gravidanza arrestata nella sua evoluzione, il Collega ci risponde nel modo il più categorico di aver avuto l'impressione che ***la gravidanza* non *si era interrotta da tempo.***

Praticato lo svuotamento dell' utero, la Signora non ebbe più emorragia ed il puerperio decorse normalmente. La Signora tenne il letto per circa 10 giorni e ***rialzatasi non ebbe a notare alcun disturbo da parte della sfera genitale***, soltanto accusava, come le era già avvenuto nelle altre ultime volte, una debolezza generale per cui fu sottoposta a cure ricostituenti e per quello stato di nervosismo, caratterizzato, come la Signora si esprime, da una maggiore e facile impressionabilità, tendenza alla melanconia, più sensibile alle emozioni, ecc., fu consigliata di astenersi per un certo tempo dall' esercizio dell'arte sua, e di condurre una vita di riposo del corpo, di calma dello spirito.

Alli 1° febbraio 1907 ritorna la mestruazione in modo del tutto regolare senza disturbi e solo forse un pochino più abbondante.

Ai primi di marzo 1907 di nuovo la mestruazione sotto ogni aspetto ***si compie in modo regolare e normale.***

Il nostro interrogatorio viene così terminato e la Signora N. N. oggi, 23 marzo 1907, conchiude dicendo: ***di non accusare alcun disturbo da parte della sfera genitale, ma solamente di sentirsi più nervosa e diminuita in lei la memoria.***

Compiutasi tutta la storia anamnestica, noi preghiamo la Signora di permetterci una visita medico-ginecologica, e nel mentre ci accingiamo ad eseguirla il Collega Prof. X. Y. ci dice che è spiacente di non potere assistere, perchè obbligato ad allontanarsi, dovendo partire.

Noi praticammo la visita medico-ginecologica nella camera da letto della Signora in presenza del di lei marito signor N. N. ed ecco il risultato dell' esame obbiettivo:

Stato presente: Signora alta di statura, di conformazione scheletrica regolare, di capigliatura castagna. Masse muscolari bene sviluppate, pannicolo adiposo abbondante. Mucose rosee. Faccia intelligente, occhi vivaci. Mimica espressiva. Le condizioni generali dell'organismo della Signora sono tali da addimostrare un'età inferiore a quella che ha realmente e da tradire tutte le tristi peripezie passate durante i suoi ripetuti stati di maternità.

Un rapido esame generale, concorde con quanto ebbe a dirci il Collega Prof. X. Y. . . , da più anni medico di casa N. N. . , che la Signora non fece mai speciali malattie, ci fa rilevare nulla di speciale, nè da parte dei sensi specifici, nè degli organi toracici ed addominali, da dovere richiamare la nostra attenzione.

All'esame ginecologico ecco quanto si rileva:

Genitali di pluripara leggermente aperti, con cicatrice vagino-perineale di antica data per pregressa lacerazione. Leggero abbassamento della parete vaginale anteriore e posteriore specialmente. Utero leggermente abbassato, inclinato all' indietro e verso destra, più grosso del normale, duro e mobile specie nel senso longitudinale, indolente.

Il collo dell'utero più grosso del normale, con qualche erosione nel labbro anteriore, *presenta* quasi sulla parte mediana del labbro anteriore stesso, ma un poco più verso sinistra, *una lacerazione a tutto spessore che lo divide in due parti quasi uguali. Detta lacerazione interessa tutta la porzione vaginale del collo uterino estendendosi fino sopra il fornice vaginale corrispondente, venendo per la cicatrice ad essere stirata a detto apice la parete vaginale medesima.* Per l'esistenza di questa lacerazione il canale cervicale è aperto per modo che il dito della mano esploratrice lo può percorrere in massima parte. In questo tratto la mucosa cervicale dà la sensazione di essere ipertrofica e più rugosa con ectropion cicatriziale. Un leggero grado di dolenzia alla pressione nello spazio del Douglas.

(La detta lacerazione del collo, molto probabilmente si originò nella Signora all'epoca del parto strumentale, cioè il 14 marzo 1904).

All' esame degli *annessi uterini* si rileva a *destra*, e quasi subito dietro la branca orizzontale del pube, che a partire dal margine destro dell' utero ed all' altezza dell' inserzione tubarica esiste *un tumore* della grossezza di un uovo di tacchino, ovoidale di forma,

non eccessivamente duro di consistenza, dolente alla pressione. Esso è distanziato dall' utero mediante un piccolo solco, è poco mobile nel senso trasversale, ma maggiormente nel senso longitudinale, tanto che spingendolo, si riesce a farlo sporgere o da parte del fornice vaginale corrispondente od al disopra del branca del pube. Detto tumore stira l'utero un poco a destra e fra di loro si trasmettono i movimenti singolarmente impressi dalle mani esploratrici.

Detto tumore, stando anche alla storia che ebbe a riferirci su questo punto il Collega X. Y. quando ebbe a rilevarlo la prima volta nella Signora, in sul finire dell'anno 1901, noi riteniamo possa rappresentare la tumefazione reliquata da una pregressa forma morbosa primitiva della tuba o dell'ovaia di destra o di ambedue associatesi e cementate ora insieme fra di loro, tanto più che non è dato rilevare, anche per il dolore che si provoca coll' esame, altri organi che stiano a rappresentare la tuba e l'ovaia di destra.

Ci accordiamo quindi nella diagnosi fatta dal Collega X. Y. di *tumore utero-annessiale destro.*

All' esame degli annessi uterini di sinistra nulla si riscontra a loro riguardo di anormale.

Praticato l'esame con lo *speculum* si rilevano sul collo uterino le particolarità sopra riferite. Si vede nel canale cervicale un sottile strato di muco.

Dopo quanto si era riscontrato si ritenne inutile praticare il sondaggio dell' utero e l' isterometria e si formula la seguente

Diagnosi ginecologica: *Lacerazione vagino-perineale. Leggero abbassamento vagino-uterino. Endometrite leggera. Metrite del corpo, del collo. Lacerazione, quasi mediana, a tutto spessore del labbro anteriore del collo uterino estesa fino oltre il fornice. Tumore utero-annessiale di destra* in Soggetto, per più ragioni, sensibile e nevrotico.

Date le risultanze degli esami fatti si giudicò non essere il caso di procedere ad altre indagini speciali, come l' analisi delle urine, l' esame del sangue, ecc.

* * *

Riferita l'anamnesi remota e prossima e rilevate le attuali condizioni di salute e dell'apparato genitale del caso in esame, per rispondere in merito alle domande rivolteci, se cioè **l' aborto compiutosi nella Signora** N. N. **li 31 dicembre 1906 debbasi ritenere quale conseguenza del trauma dalla Signora subìto nella**

collisione ferroviaria avvenuta a Tonnere il 12 dicembre 1906 e quali le successive conseguenze d'ordine ostetrico-ginecologiche che da detto aborto potrebbero derivare, occorre svolgere innanzi tutto alcune questioni o quesiti fondamentali:

1° Quesito:

La Signora N. N. **all'epoca dell'accidente ferroviario delli 12 dicembre 1906, era veramente in stato di incipiente gravidanza?**

Stando alla storia, come ci è stata riferita, la Signora rileva che mentre le sue mestruazioni eransi mantenute regolari fino alli 8-10 novembre 1906, invano avrebbe attesa la mestruazione, in lei sempre anticipante, fino al 7 dicembre 1906, che non ebbe luogo.

In questo fatto di non verificarsi la mestruazione all'epoca sua regolare, ed all'insorgenza di un certo grado d'inturgidimento delle mammelle, la Signora N. N. giustamente basava il sospetto di essersi in lei iniziata una quarta gravidanza.

La mancanza per contro di ogni fenomeno riflesso sia da parte dello stomaco che del sistema nervoso (nausee, vomiti, disturbi nervosi), fenomeni riflessi che sempre avevano concomitato e fortemente disturbata fin dall' inizio le altre tre gravidanze, la stitichezza mai questa volta verificatasi, quel generale benessere che mai aveva avuto nelle precedenti sue gestazioni, tutto questo insieme di circostanze facevano nella mente di lei e del suo marito piuttosto allontanare che avvalorare il vago sospetto di uno stato gravidico nella Signora, sorto, come si disse, unicamente dal ritardo prima e dalla non comparsa della mestruazione di dicembre, e da una certa concomitante turgidezza delle mammelle.

Nè alcun altro di quei sintomi o disturbi a cui era andata sempre incontro la Signora nelle altre sue gravidanze insorsero in lei neppure successivamente alli 7 dicembre 1906.

Se a questo punto si arrestasse la disamina clinica del caso, si dovrebbe concludere che a fare ritenere con qualche fondamento nella Signora N. N. . . . uno stato di incipiente gestazione, nella prima metà del dicembre 1906, vi avevano concorso ben pochi e notoriamente fallaci sintomi. Anzi, per vero dire, si dovrebbe aggiungere che date le condizioni generali di nervosismo e le alterazioni genitali della Signora, ed il decorso delle altre gravidanze, pure non potendosi nè dovendosi escludere la possibilità di una insorta gestazione, per l'insolito modo in cui in lei si sarebbe que-

sta quarta gravidanza iniziata, si sarebbe portati a ritenerla, a priori, come evenienza meno probabile.

A togliere però ogni legittima e scientifica incertezza sullo stato gravidico della Signora, in detta epoca, viene la dichiarazione di un distinto medico specialista in ostetricia e ginecologia, del Prof. X. Y., il quale riferisce che al 31 dicembre 1906, trovata la Signora N. N. già colpita da emorragia nella sera precedente, ebbe a riscontrare in lei iniziatosi il travaglio di un aborto inevitabile e procedette allo svuotamento dell' utero per porre termine a quello stato morboso di cose.

E qui torna opportuno tenere presente che, ammettendo essersi nella Signora N. N. iniziata la gravidanza subito dopo la mestruazione delli 8-10 novembre, ***questa sua quarta gravidanza all'epoca della collisione ferroviaria, 12 dicembre 1906, non sarebbe stata che appena di cinque settimane***, e che l' egregio Collega quando passò allo svuotamento dell'utero, ***31 dicembre 1906***, ebbe a giudicare la gravidanza della Signora N. N. nella ***seconda metà del 2° mese***, ossia ***di circa sette settimane,*** e di avere estratto un embrione di sviluppo tale che egli ed i presenti pure (levatrice, marito) ne avevano distintamente veduto ***il braccio e la mano ed un arto inferiore.***

Vedremo a suo tempo quale e quanta importanza abbiano queste particolarità anatomiche riferentisi allo sviluppo dell'embrione estratto il 31 dicembre 1906, per il momento ci limiteremo a dire che se l'embrione avesse cessato di vivere o di svilupparsi all'epoca della collisione, cioè ***alla quinta settimana del suo sviluppo***, queste particolarità anatomiche non sarebbero state possibili a distinguersi così facilmente e perfino riconoscibili nei particolari ai profani della medicina, perchè a detta epoca di sviluppo dell' embrione, quinta settimana, gli arti superiori ed inferiori non si sono completamente sviluppati nei loro singoli dettagli, come può vedersi nelle figure al naturale riportate da His e come può leggersi ad esempio nel trattato del Bumm che scrive:

« Un embrione di quattro settimane nella sua figura non ha ancora niente di umano. ***È appena verso la metà del 2° mese che***

His, *Anatomie menschlicher Embryonen*. Leipzig, 1880.

Bumm, *Trattato completo di ostetricia*. Traduzione ital. Merletti. Milano, Società editr. libr., 1905, pag. 84.

incomincia a cancellarsi la sbozzatura embrionale ed a *disegnarsi la forma umana*. A quest'epoca il prodotto del concepimento prende il nome di *feto;* la testa si demarca dal tronco, compaiono il naso, la bocca, le orecchie; il capo è ancora sproporzionatamente voluminoso in confronto del resto del corpo. *Alla fine del 2° mese* le estremità mostrano di già la divisione in tre segmenti (braccio, avambraccio, mano — coscia, gamba, piede); *le dita delle mani e dei piedi sono disegnate*, ecc. ».

Rimane quindi indiscutibilmente accertato che *l'embrione continuò a vivere ed a svilupparsi ancora dopo il 12 dicembre 1906*, data dell'accidente ferroviario di Tonnere. Dalle risultanze dei fatti sopra esposti al

1° quesito noi rispondiamo:

Nella Signora N. N. **il suo stato di incipiente gravidanza all'epoca della collisione ferroviaria 12 dicembre 1906, trova fondamento e dimostrazione *solamente* nella dichiarazione e nell'intervento del medico Prof.** X. Y.

Ammesso quindi nella Signora N. N. in base alla dichiarazione medica, lo stato di incipiente gravidanza all'epoca dell'accidente ferroviario delli 12 dicembre 1906, ne sorge il

2° quesito fondamentale:

L'aborto compiutosi nella Signora N. N. . . . **alli 30-31 dicembre 1906 ebbe per causa unica diretta ed immediata od indiretta il trauma fisico o psichico, che la Signora** N. N. **ebbe a risentire nella collisione ferroviaria di Tonnerre delli 12 dicembre 1906?**

Per rispondere a questo quesito occorre fare premettere quanto è scientificamente noto sulla etiologia dell'aborto, aggiungendo essere questo uno dei capitoli della patologia della generazione più complesso, continuamente studiato, e non sempre spiegabile in tutte le particolarità. Ma nel caso nostro, nonostante le difficoltà che presenta per la moltiplicità di fatti concomitanti, procedendo con prudenza e con rigore sulla valutazione dei singoli dettagli, potrà chiaramente scaturire, nella stregua dei fatti finora assodati dalla scienza, se havvi il logico nesso di *causa ed effetto*.

Le cause dell' aborto possono dividersi in due grandi gruppi (1):

A) *Cause che producono la morte del prodotto del concepimento.*

Di questo gruppo di cause non ne teniamo parola, perchè non rientrano nel caso che andiamo studiando.

B) *Cause che determinano la espulsione del prodotto del concepimento.*

Questo gruppo si suddivide:

a) cause predisponenti (predisposizione ad abortire)
- . . . . , ... , ...
- *genere di vita, temperamento.*
- *infiammazioni uterine — periuterine acute o croniche*
- alterazioni nutritive, istologiche dell' utero.

b) cause determinanti
- *dirette* - che agiscono sulla superficie esterna dell' utero.
  - . . . .
  - *traumi:* cadute, carozza, *ferrovia*, automobile, macchina a cucire,
  - . . . .
- *indirette o riflesse*
  - . . . .
  - . . . .
  - *lesioni sul collo uterino.*
  - *emozioni.*

Devesi infine ricordare che tanto per le cause predisponenti, quanto per le cause determinanti, *l' aborto più facilmente insorge all' epoca delle ricorrenze mestruali* per ragioni d' ordine fisiologico, oggi così note tanto che si hanno pure le così dette « *crisi mestruali in gravidanza* » ; devesi ricordare che i sintomi dell' aborto sono rappresentati da *perdite di sangue dai genitali, da dolori e contrazioni uterine, da trasformazioni del collo uterino.*

Riferita sommariamente questa clinica teoretica esposizione sull' aborto, ricordiamo ora quali le circostanze, quali i sintomi avutisi nella Signora N. N. . . . per potere valutare quale e quanta causa abbia avuto l' accidente ferroviario del 12 dicembre 1906 nella determinazione dell' aborto manifestatosi il 30 e compiutosi il 31 dicembre 1906, cioè *alcuni giorni dopo che era completamente trascorso il periodo della sua ricorrenza mestruale,* ossia di quella prima ed unica mestruazione invano attesa fino al 7-8 dicembre.

Se ricordiamo che alla Signora, *le sue mestruazioni,* della durata di 4-5 giorni, *normalmente avevano un tipo anticipante,* noi

(1) Vedi VICARELLI, *Terapia ostetrica d' urgenza.* Unione Tipografico-Editrice Torinese, Torino, 1907, 4ª edizione, pag. 154.

abbiamo un fondamento per ritenere che nella detta Signora *la mestruazione doveva effettuarsi nei primi giorni di dicembre*, da questa logica considerazione ne emerge che:

La Signora N. N. . . . *per essersi messa in viaggio li 12 dicembre 1906 veniva ad ottemperare a quel precetto medico che consiglia la donna, ad evitare le possibili nocive influenze sulla gravidanza di un viaggio in ferrovia, di viaggiare dopo trascorsi i giorni della ricorrenza mestruale; quindi il trauma fisico e psichico della Signora provato il 12 dicembre per l' accidente ferroviario non trovò in lei, sotto questo punto di vista, epoca delle ricorrenze mestruali, una coincidenza favorevole alla provocazione dell' aborto.*

E questa trascorsa e mancata coincidenza della ricorrenza mestruale è tanto più da prendersi in considerazione nel caso nostro, in quanto che sappiamo quali lesioni ed alterazioni concomitassero nell' apparato genitale della Signora, predisponenti tutte ad un irregolare decorso della gravidanza.

Noi abbiamo ragione quindi di ritenere, che se avesse per il tempo coinciso nell' epoca della collisione ferroviaria (12 dicembre 1906) il periodo della ricorrenza mestruale, il trauma, dalla Signora riportato, per le concomitanti molteplici condizioni genitali favorevoli all' aborto, avrebbe fatto molto probabilmente risentire in qualche modo la sua triste influenza sul decorso della incipiente gravidanza, provocando molto per tempo, per lo stesso nesso di causa ed effetto e circostanze favorevoli, l' insorgenza del travaglio di aborto od almeno di qualcheduno di quei sintomi precursori e patognomonici della minaccia di aborto.

Dalla storia risulta che nel caso nostro invece nè subito dopo la collisione ferroviaria, nè durante oltre 14 ore di continuazione del viaggio da Tonnerre a Milano, nè per altre due settimane, ossia per ben 18 giorni successivi, cioè dal 12 al 30 dicembre, la detta Signora ebbe ad accusare o presentare alcuno di quei sintomi (stillicidio sanguigno, o di altro liquido dai genitali, metrorragia, dolori da contrazione uterina, trasformazione del collo), con cui si annuncia e si appalesa sempre, anche se convenientemente curato, l' iniziarsi di un aborto evitabile od inevitabile che esso addivenga.

In questo lasso di tempo dal 13 al 30 dicembre, la Signora è in cura del distinto ostetrico prof. X. Y. . . . che conoscendo l' organismo della Signora ed edotto della sospettata incipiente gravidanza, molto saggiamente le prescrive riposo e cure farma-

ceutiche e la gravidanza procedeva regolarmente, quando d' un tratto nella sera delli 30 dicembre, come sappiamo, la Signora N. N. . . . viene colpita da emorragia tale da richiedere un tamponamento vaginale ed al mattino successivo, 31 dicembre, lo svuotamento dell' utero per aborto inevitabile.

Non ultime considerazioni da tenersi presenti sono le seguenti: cioè il genere dell'accidente ferroviario occorso a Tonnerre il 12 dic. 1906, e la speciale posizione dalla Signora N. N. . . . tenuta durante il viaggio, per potere mettere in rapporto la causa e l' effetto e spiegarne le conseguenze.

Fra i diversi sinistri ferroviari che possono occorrere, la *collisione semplice* è quella che per molteplici e facili ragioni *produce sui viaggiatori minori disastrose evenienze*, coll' esporli a minori pericoli e minori gravi traumatismi, col far loro risentire meno violentemente l' urto, la scossa, il contraccolpo, e col provocare infine, sia pure relativamente, uno spavento meno vivo, meno angoscioso.

In una parola, i possibili traumi fisici e psichici, che da una semplice collisione ferroviaria possono derivare ai viaggiatori, devonsi a priori ed in tesi generale ritenere, rispetto ad altri sinistri ferroviari, di entità e di conseguenze meno gravi.

L' altra considerazione si è pure che la Signora al momento della collisione ferroviaria trovavasi seduta col dorso rivolto nella direzione del treno e questa circostanza, per chi ha conoscenza od ha studiato i traumatismi, le lesioni verificatesi sulle persone durante scontri od altri infortuni ferroviari, sa quanto questa speciale posizione tenuta dal viaggiatore, con il dorso cioè rivolto nella direzione dell' urto, procuri alla persona di risentire minore effetto dannoso dal contraccolpo e di essere meno esposto alle possibili gravi lesioni o traumi.

La conferma di ciò l' abbiamo precisamente nel caso occorso ai coniugi Signori N. N. . . . in quanto che la Signora, che teneva la detta posizione a ritroso, non ebbe a riportare alcuna lesione nè ecchimosi, nè ferite, mentre non ugualmente fu per il signor N. . . . che stando di fronte alla sua signora era seduto nella direzione del treno.

Quindi anche per quella speciale posizione favorevole, che la Signora teneva nella carrozza durante il viaggio, devesi ritenere che il trauma della collisione abbia agito e sia stato risentito dal-

l' organismo della Signora N. N. . . . in minore proporzione che negli altri viaggiatori non nella stessa guisa disposti sopra i sedili delle carrozze del treno.

Ne risulta dunque che il trauma, la scossa, il contraccolpo, in una parola il trauma fisicamente considerato, come non procurò, nè lasciò alcuna minima lesione e traccia esterna sul corpo della Signora, così è a ritenersi che molto probabilmente non fu causa di alcuna anatomica lesione o particolare obbiettivo sconcerto nella funzione dei singoli visceri ed apparati interni, apparato genitale compreso, perchè nessun sintomo si manifestò nè fu dal medico riscontrato, nè dopo la collisione nè nei giorni successivi.

Se il trauma fisicamente considerato non diede luogo, come abbiamo veduto, ad alcuna alterazione anatomica o biologica nel corpo della Signora, non altrettanto potrebbesi ritenere del trauma psichico, cioè a dire che lo spavento, l' emozione provata dalla Signora possa avere sinistramente influito sul normale decorso della sua incipiente gravidanza.

Dato il temperamento nervoso, impressionabile, sensibile della Signora, certamente che il panico che in certi momenti invade, la vista del marito sanguinante nel volto, la carrozza rottasi ed il trambustìo che all' intorno va svolgendosi in simili tristi frangenti di un accidente ferroviario, avranno fatto provare alla Signora, come essa riferisce, un grande spavento, una forte emozione tanto che il medico che ebbe a visitarla giunta a Milano, li 13 dicembre, dichiara che la Signora N. N. . . . *non offriva lesioni traumatiche, ma era ancora in preda a spavento ed appariva assai abbattuta. Lamentava dolentatura diffusa del cranio, nausea, e salivazione.*

Era inoltre fortemente allarmata per le conseguenze che il trauma subìto potrebbe avere sulla gravidanza che crede iniziata da circa un mese.

Che questo *trauma psichico* la Signora N. N. . . . abbia riportato nella collisione ferroviaria del 12 dicembre è logico, è naturale ammetterlo e noi pure lo vogliamo riconoscere, anzi qui aggiungiamo che nessuno meglio di noi, la cui vita di medico venne sempre trascorsa in grandi Istituti Clinici per partorienti, si è convinto quanta nociva influenza possono avere le vive emozioni morali sul regolare decorso della gravidanza.

Ma nel caso della Signora N. N. . . . che il trauma psichico delli 12 dicembre abbia potuto essere la causa e determinare l' aborto

compiutosi il 30-31 dicembre 1906, non ci sembra nè logicamente verosimile, nè scientificamente sostenibile non tanto, vogliamo fare rilevare, per il tempo trascorso, quanto per l' assenza assoluta di qualsiasi sintomatologia che in questo lasso di tempo è venuta a mancare, sintomatologia che vediamo invece sempre collegare con la causa provocatrice, l' effetto determinato a qualsiasi distanza di tempo.

Ed a conforto di questo nostro giudizio non solo valga, nel caso nostro, quanto già venne detto a proposito dell' influenza che avrebbe dovuto avere sul decorso della gravidanza il *trauma fisico,* ma devesi aggiungere che nel caso della Signora N. N. . . . mancò pure quella sintomatologia che di solito insorge quando l' aborto è determinato da una causa morale viva, da una forte emozione, da un grande spavento, in una parola quando l' aborto segue ad un trauma psichico. In questi casi la minaccia dell' aborto o l' aborto stesso, specie nelle persone nevrotiche e per di più come nel caso della Signora N. N. . . . in persona ad apparato genitale non in condizioni normali ed in più modi compromesso, si manifesta dopo il trauma psicico assai prontameute o con i caratteristici dolori per insorte contrazioni uterine, o con un pronto e quasi continuativo stillicidio sanguigno o di altro liquido dall' utero, o con subitanea metrorragia, o con la sopravvenuta morte dell' embrione.

Non perdita di sangue o di altro liquido dai genitali, non dolori da contrazioni uterine ebbonsi a rilevare nella Signora N. N. . . nè subito, nè durante la continuazione del viaggio, nè nei giorni successivi alla collisione, nulla inoltre che stesse a dimostrare che l' embrione avesse cessato di vivere o di svilupparsi.

Che la gravidanza abbia, anzi, continuato regolarmente nella sua evoluzione e che l' embrione abbia continuato a vivere ed a svilupparsi oltre la 5ª settimana, ossia ancora dopo il 12 dicembre 1906, epoca della collisione ferroviaria, **si appalesa** *con il regolare decorso della gravidanza avutosi per i 18 giorni consecutivi,* **trova fondamento** *nei competenti ed esatti giudizi diagnostici emessi dall' egregio collega* Prof. X. Y. avendo egli alli 31 dicembre 1906 riscontrato nella Signora N. N. . . . un *utero gravido nella 2ª metà del 2° mese,* ossia di circa 7 settimane, e di avere ritenuto, dalla esame di quanto estrasse dall' utero in detto giorno, *non essersi la gravidanza interrotta da tempo,* **viene dimostrato** *da quel raggiunto grado di sviluppo dell' embrione* estratto il 31 dicembre 1906, *che permise a tutti i presenti di facilmente riconoscere il braccio,*

e la mano ed un arto inferiore. Queste ultime particolarità anatomiche, come già più sopra riferimmo, non sarebbero state possibili di rilevarle se l' embrione avesse cessato di vivere o di svilupparsi alla 5ª settimana, ciòè all' epoca della collisione, perchè a detto stadio di sviluppo, come sappiamo, queste parti non si sono ancora nei loro dettagli completate. Senza parlare per contro delle modificazioni a cui l' embrione sarebbe andato incontro, in questo lasso di tempo, se avesse a quell' epoca cessato di vivere.

Riassumendo: nella Signora N. N. . . . che alli 12 dicembre 1906 trovavasi gravida pressochè di 5 settimane, nè subito dopo la collisione ferroviaria avvenuta in detta epoca, nè per i 18 giorni successivi non ebbesi a riscontrare nè perdita di sangue o di altro liquido dai genitali, non dolori da contrazioni uterine insorte, non arresto di sviluppo dell' embrione, ma la sua gravidanza si addimostrò di avere proceduto regolarmente fino alli 30-31 dicembre, epoca dell' aborto.

Concludendo: *l' accidente ferroviario avvenuto a Tonnerre alli 12 dicembre 1906, come fu causa alla Signora* N. N. . . . *di una forte emozione e di un grande spavento, così per contro nè il trauma fisico, nè il trauma psichico possonsi logicamente e scientificamente invocare quale causa determinante diretta od indiretta dell' aborto compiutosi in detta Signora alli 30-31 dicembre 1906.*

Dalla valutazione quindi dei fatti come ci vennero riferiti e per le considerazioni cui hanno dato luogo noi riteniamo e rispondiamo al

2° quesito:

L' aborto compiutosi nella Signora N. N. . . . **alli 30-31 dicembre 1906 devesi attribuire ad altra causa e non al trauma fisico e psichico che la sullodata Signora ebbe a risentire nella collisione ferroviaria di Tonnerre delli 12 dicembre 1906.**

Risposto così al 2° quesito, sorge naturale e doverosa un' altra domanda che costituisce il

3° Quesito:

Se l' aborto compiutosi nella Signora N. N. . . . **il 30-31 dicembre 1906 non trovò la sua causa determinante diretta od indiretta nel trauma fisico e psichico per la collisione ferroviaria di Tonnerre delli 12 dicembre. a quall' altra causa devesi più verosimilmente attribuire?**

A questo quesito, nel caso nostro, presto e facile è il rispondere.

Basta ricordare quali fossero precentemente, e quali siano tuttora le condizioni anatomo-patologiche dell' apparato genitale di detta Signora:

Lacerazione vagino-perineale, leggero abbassamento vagino-uterino, Endometrite leggera, Metrite del corpo e del collo, Lacerazione quasi mediana, a tutto spessore del labbro anteriore del collo uterino estesa fino oltre il fornice, tumore utero-annessiale di destra.

Date tutte queste ginecologiche alterazioni nella Signora N. N. . ci dispiace dirlo, vi sono più fattori che, pure non impedendo ancora la fecondazione, influenzano per contro ed influenzeranno sinistramente il normale decorso di una gravidanza, e la conferma di questo nostro apprezzamento la troviamo già in quel decorso patologico di altre sue due gravidanze, da avere reclamato la provocazione dell' aborto.

E precisamente queste lesioni dell' apparato genitale muliebre vengono dalla scienza segnalate e le troviamo menzionate nello specchio da noi sopra riportato sulle cause dell' aborto. Infatti vediamo che nel *gruppo B*, cioè nelle cause che determinano l' espulsione abortiva del prodotto del concepimento, si annovera fra le *cause predisponenti: Infiammazioni uterine, periuterine acute e croniche* e tra le cause *determinanti indirette: Lesioni sul collo uterino.*

Prescindendo quindi dal genere di vita (artista lirica) e dal temperamento sensibile della Signora N. N. . . . noi troviamo esistere in lei, nell' apparato genitale non solo condizioni patologiche perchè la gravidanza, come già in lei si verificò due altre volte, si annunci e si accompagni ad un decorso irregolare e con gravi disturbi, ma nelle particolari alterazioni ginecologiche esistenti *si trovano riuniti in lei e cause predisponenti e cause determinanti ad un eventuale aborto.* Perchè dunque la Signora N. N. . . . abbia abortito, trovate ne sono le cause e data ne è la spiegazione, ma non basta, occorre delucidare un altro punto a dimostrazione che il caso, come bene disse il collega X. Y. . . . si presenta clinicamente oltremodo interessante.

Potrebbesi cioè domandare, e ciò costituirebbe un

4° quesito:

Perchè, esistendo nella Signora N. N. . . . **cause predisponenti e determinanti all' aborto, si è questo dichiarato il 30 dicembre 1906, ossia nell' approssimarsi della fine del 2° mese e precisamente verso l' 8ª settimana di gravidanza?**

Alla simultanea concomitanza di tre coefficenti, materni gli uni, ovulare l'altro, devesi attribuire la sopravvenienza del momento di tale fatto morboso, basandosi su quanto l'osservazione clinica va giornalmente rilevando e moderni studi speciali sull'argomento interpretando.

In una parola il *tripode causale*, viene ad essere, *nel caso nostro*, rappresentato dalla concomitanza: a) *Lacerazione estesa del collo uterino*; b) *Ricorrenza mestruale*; c) *Età di sviluppo del prodotto del concepimento.*

In vero, un fattore che contribuisce a determinare il momento in cui si dichiara l'aborto, astrazione fatta dalle cause che possono averlo provocato, *è l'epoca delle ricorrenze mestruali* per quelle molteplici modificazioni anatomiche e biologiche, che il periodo catameniale (ovulazione e mestruazione) apporta su tutti gli apparati ed in particolar modo sull'apparato genitale dell'organismo muliebre non solamente fuori, ma anche durante lo stato di gravidanza, da rappresentare in taluni casi le già ricordate « *crisi mestruali in gravidanza* ».

Che nella ricorrenza mestruale si possa avere e la causa predisponente e la causa determinante di un aborto, è un fatto osservato da tempo, ed oggi generalmente ammesso: fu argomento magistralmente trattato fino dal 1839 dallo Jacquèmier, e vediamo questo momento casuale dell'aborto annoverato successivamente in tutti i trattatisti di cose ostetriche: Cazeaux, Ramsbotham, Martino, Naegele et Grenser, Charpentier, Schroeder, Ribemont et Dessaignes, Budin et Demelin, Cuzzi-Pestalozza-Guzzoni, per citarne alcuni lo

JACQUÉMIER, *Recherches d'anatomie, de physiologie et de pathologie sur l'utérus humain pendant la gestation*. Lib. Med. Baillière, Paris 1839.

P. CAZEAUX, *Traité théorique et pratique det l'art des accouchements*, Paris, 1850, pag. 345.

F. RAMSBOTHAM, *The principles and practice of obstetric Medicine and Surgery*, London, 1887, pag. 680.

A. MARTINO, *Sull'aborto* Napoli 1897, pag. 3.

NAEGELE et GRENSER, *Traité pratique de l'art des accouchements*, Paris 1869, pag. 662.

A. CHARPENTIER, *Traité pratique des accouchements*, Paris, 1883, pag. 968.

C. SCHROEDER. *Lehrbuch des geburtshûlfe*, Bonn 1884, pag. 419.

RIBEMONT et DESSAIGNES, *Précis d'obstétrique*, Paris, 1897, pag. 840.

BUDIN et DEMELIN, *Manuel pratique de d'accouchements*, Paris 1904, pagina 700.

CUZZI-PESTALOZZA-GUZZONI, *Trattato di Ostetrtcia*. Edit. Vallardi, Milano 1907, V. II, pag. 250.

additano; ed anche ultimamente fu oggetto in Italia di particolare argomento di studio per il Turazza, per il Bossi, per lo Stella, per il Ricca-Barberis, e, sotto di noi, nel nostro Istituto, per il Valdagni e per il Soli.

La ricorrenza mestruale dunque, starebbe a rappresentare nel ricordato *tripode causale* dell' aborto, per il caso nostro, il *coefficente fisiologico, naturale, d' ordine materno*, ed infatti gli ultimi giorni di dicembre 1906 rappresentavano per la Signora N. N. . . . che abortì il 30-31 dicembre 1906, precisamente l' epoca catameniale e la imminente sua ricorrenza mestruale, tanto è vero che passato il periodo puerperale dell'aborto avuto, in detta Signora le mestruazioni sono regolarmente avvenute il 1° febbraio ed il 1° di marzo 1907.

Gli altri due coefficenti, morboso e materno l' uno, cioè *esistenza di estesa lacerazione del collo uterino, specialmente*, normale ed ovulare l' altro, cioè *sviluppo raggiunto 2ª metà del 2° mese* s' immedesimano intimamente fra di loro per quei reciproci rapporti anatomici, biologici fra contenuto e contenente, che a quest' epoca della gravidanza si vanno in condizioni normali stabilendo fra l' utero e l' uovo fecondato in via di evoluzione.

È stato ripetutamente notato, ed occorre assai di frequente di constatarlo, che nelle donne nelle quali preesiste una lacerazione del collo uterino estesa fino ed oltre il fornice, sopraggiungendo una gravidanza questa si annunci e decorra, in diversi modi, irregolarmente: essere questa gravida predisposta, minacciata ad abortire, ed abortire quasi infallantemente, e con il ripetersi delle gravidanze, l' aborto pure ripetersi.

E qui fra parentesi menzioneremo che mentre gli Autori sono tutti d' accordo nella constatazione e nell' ammettere il ripetersi

Turazza, *L' aborto,* Letture sulla Medicina. Vallardi, Milano 1889, Serie V, lettura 6, 5, pag. 115.

L. Bossi, *Sulla fisiologia e patologia della gravidanza nei giorni corrispondenti ai periodi mestruali.* Annali di ostetricia e ginecologia, Milano 1898, pag. 144. — Id., 1899, n. 5.

Stella, Archivio di ostetricia e ginecologia, Napoli. 1901 e 1902.

Ricca-Barberis, R. Accad. di Medicina, Torino, dicembre 1904,

V. Valdagni, *Osservazioni sulle cause e trattamento dell' aborto*, Torino 1904, Tip. De Rossi, pag, 59, 60.

T. Soli, *Ricerche ematologiche nella gravidanza durante le epoche catameniali.* Archivio di ostetricia e ginecologia, Napoli, 1905.

dell' aborto in sifatte morbose gînecologiche circostanze, non si accordano per contro nella terminologia e lo chiamarono aborto a ripetizione, aborto abituale, aborto recidivo, aborto periodico; recenti trattatisti, ad esempio, Budin et Demelin lo denominano aborto a ripetizione, Bumm aborto abituale. Ma non solamente si è andato constatando, che a causa di estese lacerazioni della cervice uterina, la gravida è predisposta o minacciata di abortire, abortisce, e l' aborto a nuova gravidanza ripetersi, ma si è anche osservato che tutta questa fenomenologia morbosa nella gravida insorge e si manifesta, talora in modo più o meno brusco, talora subentrante, imponente, allorquando la gravidanza sta per passare dal 2° al 3° mese. (Vedi autori citati).

Per questa data o momento, 2ª *metà del 2° mese*, che viene a rappresentare per la gestante con lacerazioni estese del collo uterino, la data iniziale in cui la gravidanza principia ad essere fortemente e costantemente minacciata d' interrompersi e d' effettuarsi l' aborto, gli Autori trovano la spiegazione nel volume, nelle scambievoli particolari condizioni, nei fisiologici cambiamenti e rapporti, che il prodotto del concepimento a quest' epoca della sua normale evoluzione ha raggiunto e deve contrarre con l' utero, mentre nel particolare stato morboso dell' utero non trova le condizioni necessarie o favorevoli per potersi vicendevolmente compiere detti reciproci intimi rapporti.

Noi non staremo qui a riportare, a conforto di quanto sopra abbiamo detto, la ricca bibliografia sparsa nella letteratura ostetrico-ginecologica dal classico studio dell' Emmet fino ad oggi, perchè ugualmente lo ritiene lo stesso collega prof X. Y. come lo ha dimostrato in una sua memoria pubblicata negli Annali di Ostetricia e Ginecologia del 1896, e perchè *tutti gli Autori si accordano sulla grande importanza e sulla triste influenza che le estese lacerazioni del collo uterino hanno sul decorso della gravidanza*. Pur tuttavia è per noi doveroso, nello studio di questo argomento, ai nomi già ricordati, aggiungere anche quelli di Olshausen, Doléris, Hegar e

Budin et Demelin, *Manuel pratique d'accouchements*, Paris 1904, pag. 991.

E. Bumm, *Trattato completo di Ostetricia*. Trad. Merletti, Milano 1905, pag. 403.

Emmet, *Surgery of the Cervix Amm. Jour, of Obst.*, febb. 1869, novembre 1874; Id., *Principles and Practice of Gynecology*. London 1880, pagina 488.

Olshausen, *Zur Pathologie des Cervicatrisse - Cent. f. Gyn.* 1877; *Klin, Beitr, Gyn. u. Geburt.*, Stuttgart 1884, pag. 187.

Kaltembach, Schwartz, Mundé, Jacobs, Keiffer, Bossi, La Torre, Lutaud, Mangiagalli-Cuzzi, Bar, perchè questi di detto argomento più particolarmente si occuparono o menzionarono.

Di quanto è addivenuto oggi, su questo capitolo della patologia della generazione, patrimonio scientifico ed indiscutibile, noi sintetizzeremo, qui riportando l' asserto che leggesi nella Patologia Ostetrica del trattato Cuzzi in corso di pubblicazione dal Pestalozza e Guzzoni: « *L' integrità anatomica del collo dell' utero è un coefficiente essenziale del regolare andamento della gravidanza* ».

Ed ora, se con questi postulati scientifici riandiamo al caso nostro, non troviamo forse nella Signora N. N. . . . oltre a gravidanze precedenti a decorso talmente patologico da reclamare per ben due volte l' aborto provocato, concomitare una estesa lacerazione del collo uterino, e questa 4ª sua gestazione interrompersi alla 2ª metà del 2º mese di evoluzione?

Conchiudendo: integro e manifesto è il *tripode causale* dell' aborto avvenuto nella Signora N. N. . . . il 30-31 dicembre 1906: che l' aborto sarebbe avvenuto potevasi presagire e che di nuovo sarà per accadere ripetendosi la gravidanza, noi, con rincrescimento, prevediamo, qualora la Signora non si sottometterà alle opportune cure ginecologiche, alle quali noi pure volemmo incoraggiarla.

Da quanto siamo andati finora esponendo, così rispondiamo al

3º e 4º quesito:

Nella Signora N. N. . . . **l' aborto ebbe per causa le alterazioni preesistenti nel suo apparato genitale e fu determinato e si dichiarò alli 30 dicembre 1906, perchè con la preesi-**

Doléris, *Nouvelles Arch. d' Obst.* 1887, n. 9.

Hegar et Kaltembach, *Die operarative Gynäkologie,* Stuttgart 1889, paginb 538.

Schwartz, *Volkmanis Sammlung,* 1883, n. 241.

Mundè, *Minor Surgical Gynecology,* New York, 1885, pag. 430.

Jacobs, *La Policlinique* di Bruxelles 1895, 15 ottobre.

Keiffer, *Congres de la Société Obstétricale de France,* 1897.

L. M. Bossi, *Annali di Ostetricia e Ginecologia,* Milano 1899, pag. 139.

La Torre, *Elementi di Ostetricia,* Torino 1899, Parte II, pagg. 56-57.

Lutaud, *Manuel complet de Gynécologie,* Paris 1900, pag. 453.

Mangiagalli-Cuzzi, *Trattato di Ostetricia e Ginecologia,* Milano 1907, pag. 1373.

Bar, *La pratique de l' art des accouchements,* 1907, tome II, pag. 562, 634.

Pestalozza e Guzzoni, *Trattato di Ostetricia e Ginecologia,* Milano 1907. Vol. II, Parte II, pag. 118. Editore Vallardi.

stente estesa lacerazione del collo uterino, a detta epoca corrispondeva la ricorrenza sua mestruale ed uno sviluppo ovulare della 2ª metà del 2º mese.

Al 5º ed ultimo quesito:

Quali possono essere le conseguenze ostetrico-ginecologiche consecutive all' aborto avuto, noi potremmo astenerci dal rispondere in modo esauriente, in quanto che, caduta la premessa causale dell' aborto, vengono in questa vertenza, giuridicameute a cadere per logica e naturale conseguenza i relativi corollari, ma pur tuttavia qualche considerazione in proposito vogliamo o meglio dobbiamo riferire per completare il nostro studio.

La opportuna cura e diligentemente messa in pratica nella Signora N. N. . . . dall' egregio prof. X· Y. , il decorso post operatorio e puerperale compiutosi nel modo il più regolare, tanto che la Signora potè lasciare il letto ginecologicamente ristabilita dopo 10 giorni dall' aborto, il ritorno delle mestruazioni, in modo del tutto normale, alli 1º febbraio e 1º marzo 1907, il non accusare la Signora alcun disturbo da parte della sfera genitale, il non avere riscontrato al nostro esame ginecologico delli 23 marzo 1907 alcuna forma morbosa di data recente, ma soltanto le ricordate antiche alterazioni, ed all' aborto in discussione preesistenti, tutta questa serie di fatti si accorda nel far ritenere che la Signora N. N. . . . **per l' aborto avuto il 31 dicembre 1906 non avrà a risentirne alcuna conseguenza d' ordine ostetrico-ginecologico.**

Se disturbi di quest'ordine insorgeranno, come a forte ragione abbiamo fondamento di ritenere, e con rincrescimento lo diciamo, questi disturbi, ripetiamo, si dovranno attribuire come conseguenza diretta delle morbose condizioni, in cui da tempo si trova l' apparato genitale della Signora.

Noi trovammo e lasciammo la Signora N. N. . . . nella visita delli 23 marzo 1907, in buone condizioni generali di salute e senza che accusasse o presentasse verun disturbo da parte della sfera genitale, soltanto la Signora lagnavasi di sentirsi debole per debolezza nervosa, e di notare di esserle diminuita la memoria·

Su questa sindrome riferita dalla Signora, noi non vogliamo entrare in discussione; il nostro còmpito era di studiare il caso sotto l' unico punto di vista ostetrico-ginecologico ed al *quesito rivoltoci rispondiamo,* basandosi sulla risultanza dei fatti e sulle considerazioni che l'hanno provocato, *con la seguente generale conclusione:*

Nella Signora N. N. . . . **pure avendo la collisione ferroviaria, avvenuta a Tonnerre il 12 dicembre 1906, causato in lei una viva emozione, pur tuttavia nè il trauma fisico nè il trauma psichico, in quel mentre riportati, possonsi a rigore di termini invocare quali cause dell'aborto in lei compiutosi a Milano il 30-31 dicembre 1906.**

Nella Signora N. N. . . . **l'aborto originatosi trovò le sue cause predisponenti e determinanti nella concomitanza di tre coefficienti: *a*) preesistenti particolari lesioni dell'apparato genitale; *b*) ricorrenza mestruale; *c*) età di sviluppo raggiunto dall'uovo.**

* * *

Con questo noi abbiamo posto termine alla nostra relazione compiendo il mandato affidatoci, ma nel deporre la penna, ch'è andata finora riportando quanto e come alla mente non preoccupata dello studioso, può sulla logica stregua di scientifica analisi, presentarsi e giudicare il caso clinico che ha dato luogo all'attuale vertenza, noi formuliamo l'augurio che le due Parti addivengano ad un componimento per entrambe soddisfacente.

Terminiamo rendendo vive grazie alla gentilissima Signora N. N. . . . all'egregio collega Prof. X. Y. . . . per le cortesie usateci, ed alla On. « Compagnie Paris Lyon Méditerranée, » nella persona dell'Ill.mo. sig. cav. Martigny, per la fiducia di cui volle onorarci.

Torino, 20 aprile 1907.

Prof. GIUSEPPE VICARELLI.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Genova
diretto dal Prof. L. M. Bossi

STUDIO CLINICO E MEDICO-LEGALE
DELLA
GRAVIDANZA TARDIVA

PEL

Dott. MARIO CIULLA, *Assistente*

Lo studio della gravidanza tardiva, per un duplice ordine di considerazioni, è meritevole di tutta l'attenzione degli ostetrici, collegandosi esso ad importanti questioni in rapporto alla leggittimità o meno, in dati casi, dei nati da essa provenienti e per questo l'argomento assurge ad una importanza straordinaria di ordine sociale e poi, perchè si concatena a dei quesiti importanti non solo dal punto di vista puramente scientifico ma anche dal punto di vista pratico per quel che riguarda la fisiopatologia ostetrica.

Per quanto tuttavia ostetrici eminenti o neghino la possibilità di un eccessivo prolungarsi della gravidanza, come il Kleinwächter (1), o asseriscano che, per lo meno, non si ha fin' oggi una dimostrazione scientifica di essa, come lo Schauta (2), o ancora che la gravidanza protratta sia soltanto apparente, come afferma lo Zweifel (3), e, sebbene ultimamente Casalis (4) abbia concluso che non esistono gravidanze prolungate ma soltanto gestazioni il cui andamento è sconosciuto; pure è ormai accertato che la gravidanza tardiva è un fatto indiscutibile e Winckel (5) conclude *che non si può mettere in dubbio la possibilità di una regolare maggior durata della gravidanza e quindi di un parto serotino, anzi tale possibilità è « sicuramente dimostrata »*.

Molto recentemente inoltre il Bossi (6), in una comunicazione fatta alla R. Accademia Medica di Genova, affermava che i casi di gravidanza tardiva, piuttosto che essere considerati quali *fenomeni curiosi* o quali *curiosità funzionali*, sono molto più frequenti di quanto generalmente sia ammesso; in quanto che egli l'ha riscontrato in media non meno che nel 2-3 0|0 delle gestanti.

(1) KLEINWACHTER. — Citato da F. v. Winckel: *La durata della gravidanza*. - Ostetricia e Ginecologia, vol. IX, pag. 2 della Clinica contemporanea di Leyden e Klemperer. — Milano, Società Editrice Libraria.

(2) SCHAUTA. — *Trattato completo di ginecologia.* Torino, Unione Tipografica Editrice, 1898, pag. 137.

(3) ZWEIFEL. — Citato da F. v. Winckel, loc. cit. pag. 2.

(4) CASALIS. — *Le problème de la durée de la grossesse.* - Thèse de Paris, 1905, nelle conclusioni a pag. 137.

(5) WINCKEL. — *La durata della gravidanza*, loc. cit. pag. 17.

(6) BOSSI. — *La gravidanza tardiva e le sue indicazioni.* - Comunicazione fatta alla R. Accademia Medica di Genova. Rassegna di Ostetricia e Ginecologia. — Napoli, Dicembre 1906, n. 12, pag. 713-714.

Alcuni autori hanno quasi creduto di apportare una offesa alle leggi naturali, ammettendo la gravidanza tardiva, e Barnes (1) costretto, quasi mal volentieri, ad ammetterla, la considera come straordinariamente eccezionale e conclude: « *Nous pouvons juger que les lois de la nature, qui prévalent en toute autre chose, prévalent aussi dans ce cas; que ces lois ailleurs si uniformes, ne varient pas ici non plus, que l'expérience répétée démontre, que la gestation a une durée naturelle de 270 à 280 jours et que tout écart est une dérogation aux lois naturelles, qu' on ne doit pas admettre sans preuves rigoureuses* ».

Non credo invero che ammettendo la gravidanza tardiva si venga a menomare la legge che presiede all' evoluzione della gravidanza, nè mi è dato di comprendere perchè si è voluto « *trovare dannoso* » l'attribuire alla gravidanza una durata che può variare in più o in meno, nè perchè, come è stato detto, è più *proficuo* il dire che la gravidanza è governata da una legge e che tutte le infrazioni a questa legge costituiscono una responsabilità per chi l' ha trasgredita; (2) tutto ciò che è vero mai può riuscire dannoso e, piuttosto, bisogna pensare che la ricerca della verità, fatta senza preconcetti, deve formare l'ideale di tutti. È per questo che io penso che lo studio della gravidanza tardiva, piuttosto che suonare offesa alla legge naturale che presiede alla evoluzione della gravidanza, sia importante per indagare le cause delle variazioni, delle deviazioni, che la stessa legge confermano.

Il grande interesse che il mio maestro prof. Bossi (3), *con nuove e geniali vedute*, ha suscitato nello studio di tale importante argomento, e la esatta affermazione di Lui che « *il capitolo della gravidanza tardiva, in quanto riguarda il suo prolungarsi, è insufficientemente svolto in generale e troppa poca importanza vi si attribuisce* » mi indussero a questo breve lavoro clinico statistico, nella speranza che esso non sia del tutto inutile.

* * *

Innanzi tutto: Su quali dati mi sono fondato per dire che una gravidanza si è protratta oltre il termine normale?

Nel volere stabilire un punto di repere, per tali determinazioni, mi si parava davanti la complessa questione sulla durata normale della gestazione: problema complesso e di assai difficile soluzione, che si riannoda a dei quesiti, purtroppo ancora insoluti, riguardanti i rapporti fisiologici tra ovulazione, mestruazione, fecondazione, coabitazione.

Come è stato detto dal Bischoff, (4) varia è la durata della migrazione dell' ovulo, come variabile è la durata delle modificazioni preparatorie della mucosa nei varii soggetti e ciò si ripercuote sulla durata maggiore o minore della gravidanza.

Anche il tempo diverso di maturazione dell' uovo, come ha dimostrato Hohl (5), al quale si associa il Mattei (6), nelle varie donne, fa variare la

(1) Barnes. — Citato da Casalis, loc. cit. pag. 71.
(2) Vedi Casalis, loc. cit. pag. 6.
(3) Bossi — *La gravidanza tardiva*. - Italia Sanitaria, 5 novembre 1906.
(4) Bischoff, citato da Bèard. — *The span of Gestation and the cause of birth*. Iena, 1897.
(5) Hohl, citato da Casalis, loc. citato pag. 102.
(6) Mattei, citato da Casalis. loc. cit. pag. 102.

durata della gravidanza e perciò, secondo tali autori, si avrebbe una durata individuale della gravidanza nelle singole donne.

Secondo il Winckel (1) poi l' ovulazione non è per nulla legata alla mestruazione, come la fecondazione non è legata al giorno della coabitazione potendo succedere in tutto l' intervallo tra due periodi mestruali, accordandosi in ciò col Barnes (2) il quale, nello escludere che nella donna esista un *periodo agenesico*, (3) ammette che la fecondazione sia possibile durante tutta la settimana, che segue alla deiscenza e che perciò, effettuandosi questa alla fine della mestruazione, il periodo di fecondità può variare da otto a quattordici giorni.

Una stabilità quindi nei punti di repere, che ci guidi alla diagnosi di durata della gravidanza, non l' abbiamo. Nè può venirci in aiuto l' altro dato dell' epoca di comparsa dei movimenti attivi fetali perchè anche tale epoca è molto variabile e, se tale non fosse, questo dato riuscirebbe sempre poco probativo, trattandosi di un apprezzamento subiettivo in donne non sempre capaci, specie se primigravide, di differenziare i movimenti fetali da movimenti estranei al feto stesso.

Il Winckel (4) crede di non errare ammettendo che (nella grande maggioranza dei casi) il giorno della coabitazione corrisponde a quello del concepimento: ma nemmeno su questo dato possiamo fondarci, tranne che nei casi in cui ci sia stata di sicuro una sola coabitazione.

In tanta incertezza ed incostanza di dati, mi sono attenuto, come la maggior parte degli autori, all'epoca dell' ultima mestruazione per calcolare la durata della gravidanza. Questo dato, per quanto possa indurre in errori, mi è sembrato il più certo e come tale l'ho adottato, pigliando come punto di repere i primi giorni dell' ultima mestruazione.

Basandosi su tale dato, la media della durata della gravidanza, secondo la maggior parte degli autori, è di 280-285 giorni.

Io, nel fare uno studio della gravidanza tardiva, anche scostandomi da tale media, generalmente ammessa, ho scelto soltanto i casi in cui la durata della gravidanza superò i 289 giorni e ciò perchè i miei casi non potessero venire infirmati, specialmente da quegli autori, come l' Ahlfeld (5), i quali ammettono che si possa avere una durata media normale, superiore a quella comunemente accettata.

Riguardo al limite massimo, come apparirà da quanto riferirò più innanzi, diversi casi ho riscontrato in cui la gravidanza si protrasse eccessivamente e sarei stato quasi proclive ad eliminare tali casi e riguardarli come poco attendibili, se le notizie, molto dettagliate, che ebbi a riscontrare nelle cedole cliniche, non mi avessero fatto supporre che anche l' attenzione di chi ebbe a redigere quelle notizie cliniche non si fosse fermata a considerare e a riflettere su tali casi. Non solo; ma anche il fatto di avere riscontrato, nella letteratura, parecchi casi accertati di gravidanza oltremodo protratta m' indusse a non escludere tali casi dal mio studio.

(1) WINCKEL — *Handbuch der Geburtshülfe*, tom. I, fasc. I. 1905.

(2) BARNES. citato da Casalis, loc. cit. pag. 48.

(3) AVRARD. — *De l'agenesie et la durée de la grossesse.* - La Rochelle, 1866.

(4) WINCKEL, loc. cit. pag. 3.

(5) AHLFELD. — *Beobachtungen über die Dauer Schwangerschaft.* Monatschr. f. Geburtsh., 1869. XXXIV.

Infatti, oltre alle osservazioni di antichi autori, come il Lyall (1) che avrebbe trovato una gravidanza durata 44-45 settimane (308-315 giorni), lo Arnold (2) che riporta un caso della durata di 324 giorni, Eusebio Sguario (3) che ne descrisse una della durata di 11 mesi (335 giorni) e Asdrubali (4) il quale ne avrebbe trovata una protratta sino al 418° giorno (!), troviamo descritti, da varii autori, nella letteratura di questi ultimi 35 anni, parecchi casi di gravidanza oltremodo protratta.

Tali sono i casi di Acker (5) della durata di 304 giorni, di Greslou (6) di 307, di Riedinger (7) di 310, di Martin (8) e di Rosenfeld (9) di 311, di Riegler (10) e Sprenkel (11) di 312, di Ingleby-Mackenzie (12) di 314, di Thomson (13) di 317, di Mc. Tavisch (14) di 318, di Nunez Roisse (15) di 319, di Pürkhauer (16) e di Sprenkel (17) di 320, di Brosin (18) di 324, di Duncan (19) della durata di 325 giorni, di Harris (20) di 326, di Ahlfeld (21) di 329, di Krücke (22) di 330, di Schlichting (23) e di Mervin Maus (24) di 334, di Bensinger (25) e di Rissmann (26) di 336, di Resnikow (27) di 337, di Puppe (28) di 357 giorni.

* * *

Le mie osservazioni riguardano i casi di gravidanza tardiva, che ho riscontrato rivedendo le cedole dell' Istituto Ostetrico-ginecologico della Università di Genova per un periodo di 16 anni e cioè dall' anno 1891-92 al 1906-07. Mi è necessario premettere che, nei miei calcoli, ho fatto il

(1) Lyall. — *The edic. evid. relat. to the dueat of human pregnancy.* London, 1806.
(2) Arnold. — *Tractatus de partu serotino.* Lipsia, 1775.
(3) E. Sguario. — *Giorn. di Med. di Orteschi.* Venezia, 1763.
(4) Asdrubali. — *Trattato gen. ostetr.* - Roma, 1812, tom. IV, Appendice.
(5) Acker. — *A case of prolonged gestation.* - The Amer. Iourn. of Obstetr., 1899.
(6) Greslou. — *Deux cas d' accouchem. retard.* - Arch. de Tocolog., 1890, XVII, p. 570.
(7) Riedinger. — *Centr. of Gyn.*, 1900, n. 29.
(8) Martin. — *Zeitscrift. f. Geb. u. Gyn.*, 1877, Bd. I., pag. 44.
(9) Rosenfeld. — *Wiener med. Presse*, 1835, pag. 1094.
(10) Riegler. — *Monatschrift f. Geburtsh.*, 1867, Bd. XXXI, pag. 321.
(11) Sprenkel. — *Amer. Iour. of Obstetric.*, 1896, Bd. XXX, IV, pag. 846.
(12) Ingleby-Mackenzie. — *Case of prolong. gestat.*, — *Brit. Gyn. Iour.*, 1890, vol. V.
(13) Thomson. — *Trans. London Obstet. Soc.*, Vol. XXVII.
(14) Tavisch. — *A case of prolonged gestation.* - The New-York. Med. Iour., 1899, vol. XLIX.
(15) Nunez-Risse. — *American Iour. of Obstetric.*, 1886, gennaio. pag. 18,
(16) Purkhauer. — *Friedreich's Blätter*, 1890, pag. 91.
(17) Sprenkel. — *Amer. Iour. of Obstetr.*, 1896, Bd. XXXVI, pag. 846.
(18) Brosin. — *Zeitschrift. f. Geburtsh. u. Frauenk.*, 1888, Bd. XV, pag. 285.
(19) Duncan. — *Med. Times*, 1877, II-712.
(20) Harris. — *Lancet*, 30 luglio 1892.
(21) Ahlfeld. loc. cit.
(22) Kruche. *Deutsche med. Zeitung*, 1883, pag. 370.
(23) Schlichting. *Arch. f. Gyn.*, Bd. XVI, 210.
(24) Mervin-Maus. — *Remarks of prolong. gestat. in the human femal.* - The New-York Med. Iour., vol. XLIV.
(25) Bensinger. — *Centr. f. Gyn.*, 1893, pag. 816.
(26) Rissmann. — *Centr. f. G n.*, 1893, pag 785.
(27) Resnikow. — *Centr. f. Gyn.*, 1894, pag. 575.
(28) Puppe. — *Zeitschr. f. Med. Beamte*, 1891, pag. 10.

rapporto solo col numero delle gestanti in cui la gravidanza arrivò a termine o lo superò: ho escluso quindi tutti i casi in cui la gravidanza si interruppe o fu, a scopo terapeutico, interrotta, come ho escluso i casi di parto prematuro e di parto precoce.

Il numero delle gestanti ricevute in Clinica, in tale periodo di tempo, fu di 3331: di esse soltanto 2332 arrivarono a termine di gravidanza e tra queste ho riscontrato 252 casi di gravidanza tardiva, divisi come segue nella tabella sottostante:

Anno	N.o delle gestanti	Parti a termine	Gravid. tardive	o[o
1891-92	210	141	8	5.67
1892-93	162	132	13	9.84
1893-94	131	96	17	17.70
1894-95	176	134	13	9.70
1895-96	175	132	10	7.65
1896-97	182	135	16	11.85
1897-98	209	148	15	10.13
1898-99	200	160	12	7.5
1899-900	218	169	19	11.24
1900-01	233	182	12	10.65
1901-02	249	167	15	8.98
1902-03	215	136	16	11.76
1903-04	264	174	22	12.64
1904-05	237	146	19	13.01
1905-06	254	153	18	11.76
1906-07	216	127	19	14.88
	3331	2332	252	10.80

Il numero delle gravidanze tardive risulta a me, dai calcoli fatti con tali cifre, nel rapporto del 10.80 o[o. Però, nel fare l'esame delle cedole, non poteva sfuggirmi una lacuna, la quale avrebbe potuto infirmare tale risultato percentuale e tale lacuna è dipendente dal fatto che, essendo le cliniche chiuse nei mesi di agosto, settembre ed ottobre, nei miei calcoli non potevano comparire i casi di gravidanza tardiva, che occorrono in questi mesi, ciò che è importante dal punto di vista del calcolo della percentuale annua e forse ancor più per seguire tale percentuale nelle sue oscillazioni nei vari mesi.

Ad ovviare, in minima parte, a tale lacuna, ho pensato di fare delle ricerche nei registri della Guardia Ostetrica Permanente di Genova, diretta dal prof. Bossi, però ho dovuto limitarmi soltanto agli ultimi tre anni, non avendo potuto riscontrare nei registri degli anni precedenti i dati per distinguere i casi di gravidanza protratta. E dico che, solo in parte, ho potuto così ovviare alla detta lacuna perchè, trattandosi di un servizio di guardia per interventi ostetrici a domicilio, non è facile potere raccogliere tutte quelle notizie che invece figurano abbondanti nelle cedole cliniche. I dati che riporto nella tabella sottostante riguardano il numero delle chiamate annuali, il numero dei parti a termine e il numero delle

gravidanze tardive occorse nella Guardia Ostetrica nei mesi di agosto, settembre ed ottobre:

Anno	N.o delle chiamate	Parti a termine	Gravid. tardive	o|o
1904	198	55	5	9.09
1905	139	45	4	8.88
1906	141	44	7	15.99
	478	144	16	

La percentuale, che si ottiene riunendo questi casi a quelli provenienti dalla Clinica, non viene molto alterata; infatti facendo il rapporto tra il numero totale dei parti a termine che è eguale a 2476 e quello delle gravidanze tardive, che è uguale a 268, ne viene un procento del 10,83, con una differenza in più incalcolabile a confronto del per cento del 10,80, ottenuto dai calcoli dei soli casi occorsi nella Clinica.

Questa cifra, da me ottenuta, si avvicina molto a quelle date dallo Starcke (1) (11 %), dall' Hochstetter (2) (10 %), dal Iacoby (3) (9.4 %). Invece la mia percentuale è superiore a quella dello Schlichting (4), il quale trovò che *almeno* nell'1·3 % *di tutti i casi*, la gravidanza si prolunga oltre i 302 giorni: è superiore a quella di Issmer (5), il quale, sopra 1298 *gravide* trovò non meno di 78 bambini, partoriti oltre il 300.° giorno di gravidanza (cioè il 6.4 %): è superiore a quella di Hirst (6), il quale crede che nel 6 % delle *pregnant women* la gravidanza oltrepassi il 300.° giorno.

D' altra parte, la mia percentuale viene superata da quelle date dal Füth (7) da Blau e Cristofoletti (8), che la danno eguale al 13 %, dal Vaccari (9). che crede la gravidanza si protragga oltre i 300 giorni nel 15.65 %, dal Winckel (10), che ci dà il procento del 14,6, dal Guglielmi (11), il quale riferisce la cifra del 13.8 % di gravidanze, che sorpassano il 300.° giorno. Io credo che il disaccordo tra la mia percentuale e quella di molti degli autori che ho citato, può, in parte, spiegarsi col fatto che, mentre io ho ricavato tale procento facendo il rapporto tra il numero delle gravidanze tardive e il numero delle gravide a termine (eliminando dal calcolo quelle gravide che non arrivarono a termine di gravidanza); molti di questi autori stabilirono la loro percentuale facendo il rapporto col numero delle gestanti

(1) Starcke — Arch. f. Gyn., Bd. LXXIV, H, 3, 1905.

(2) Hochstetter. — Monat. f. Geb. und Gyn. - Berlin, 1904.

(3) Iacoby. — Arch. f. Gyn., Bd. LXXIV, H. 3, 1905.

(4) Schlichting. — Citato da Winckel, loc. cit. « *La durata della gravidanza* » pag. 3.

(5) Issmer. — Citato da Winchel, loc. cit.

(6) Hirst. — Text - Book of Obstetrics, pag. 186.

(7) Futh. — Centr. f. Gyn., 1902.

(8) Blau e Cristofoletti. — Monat. f. Geburts. und Gyn. Bd. XXI, H. 2, 1902.

(9) Vaccari. — *I feti di notevole sviluppo dal punto di vista ostetrico con speciale riguardo all' ampiezza della pelvi materna e con la durata della gravidanza.* - Voghera, Tipografia Riva e Zolla, 1906.

(10) Winckel. — *Ueber die Dauer d. Schwangerschaft « Samml. Klin. Vortr.* » n. 292-293.

(11) Guglielmi. — *Considerazioni e ricerche intorno alla durata della gravidanza in rapporto alle sue conseguenze legali.* - Atti della Società Italiana di Ostetr. e Ginecol., Vol. XII, pag. 285.

prese in considerazione. Ciò spiegherebbe il perchè la mia percentuale risulti superiore, tanto vero che, se stabilissi il rapporto col totale delle gravide ricevute in clinica, otterrei il procento dol 7.61, che si avvicina di più a quello dato dagli autori medesimi.

A spiegare poi il perchè la citra da me ottenuta è inferiore a quella data da altri autori, basta la semplice considerazione che, in molte di tali percentuali, sono considerati soltanto i casi di gravidanza che superano il 300° giorno mentre nei miei calcoli sono compresi i casi di gravidanza che si protrassero oltre il 289.° giorno.

Ma il disaccordo fra le percentuali, date dai varii autori, dà adito a pensare se non debba anche ammettersi una influenza della razza sul protrarsi o meno della gravidanza e mi fa pensare alla esattezza dell' osservazione fatta dal Guglielmi (1), il quale non trova « *molto esatto nè utile il ri·rodurre nei nostri libri italiani ciò che è detto in quelli tedeschi, cosa questa che accade troppo di sovente* ».

Se l'influenza della razza, come ci è dimostrato dai dati statistici, si esplica sull'epoca della pubertà, sui caratteri della mestruazione, sul numero delle gravidanze, sull' epoca della menopausa, etc.; io credo che, di sicuro, tale influenza possa farsi risentire sulla maggiore o minore durata della gravidanza. Uno studio accurato in proposito può riuscire interessante per la ricerca eziologica della gravidanza tardiva : io debbo limitarmi per ora ad accennare al fatto che la percentuale che ottenni si differenzia da quelle date da altri autori, i quali riferiscono le loro osservazioni riguardanti donne di razza diversa e sotto l'influenza di condizioni climatologiche diverse.

Debbo ancora aggiungere che l' importanza della percentuale che ho ricavato, non può essere menomata dalla solita osservazione che nelle cliniche affluiscono i casi che più si allontanano dal normale; perchè le donne da me prese in esame, entrate in clinica in epoca più o meno lontana dal termine della gravidanza, non sapevano che questa dovesse protrarsi ed anche in quei casi in cui la donna sa che la sua gravidanza ha sorpassato il termine normale, non cosciente degli inconvenienti ai quali una gravidanza protratta può dar luogo, non si preoccupa affatto e perciò non certo per questa causa ricorre in clinica.

Il Bossi (2) ebbe ad osservare che la frequenza subisce delle oscillazioni in rapporto agli anni e che cioè in certi anni vi ha un numero di gravidanze tardive maggiore che in altri: lo stesso fatto gli è risultato in rapporto ai vari mesi e, dalle osservazioni di Lui, risulta una maggior frequenza nei mesi di marzo, aprile e maggio.

Per riguardo alle oscillazioni annuali, basta dare uno sguardo alla tabella, precedentemente riportata, per convincersi che realmente la percentuale delle gravidanze tardive subisce del e variazioni abbastanza sensibili; infatti da un minimo del 5.67 % nell'anno 1891-92 andiamo ad un massimo del 17.70 % nell'anno 1893-94.

(1) GUGLIELMI. — *Contributo allo studio della macrosomia fetale e dello avvenire dei grossi feti.* - Annali di Ostetricia e Ginecologia - anno XXVIII, vol. I, maggio 1906, N. 5, pag. 587.

(2) BOSSI. — *La Gravidanza tardiva etc.* - Rassegna di Ostet. e Ginecol., Dicembre 1906, N. 12, pag. 714.

Nella tabella che segue riporto i 252 casi di gravidanza tardiva divisi secondo i mesi in cui il parto ebbe luogo:

Gennaio . . .	N. 21 . . .	8.33 °/₀
Febbraio . . .	» 22 . . .	8.73 »
Marzo	» 41 . . .	16.26 »
Aprile	» 27 . . .	10.71 »
Maggio. . . .	» 36 . . .	14.28 »
Giugno. . . .	» 37 . . .	14.68 »
Luglio	» 31 . . .	12.30 »
Agosto. . . .	» 5 . . .	10.41 »
Settembre. . .	» 4 . . .	8.69 »
Ottobre . . .	» 7 . . .	14.0 »
Novembre. . .	» 12 . . .	4.76 »
Dicembre . . .	» 25 . . .	9.92 »

Dalle quali cifre risulta, in modo chiaro, che il maggior numero delle gravidanze tardive occorre nei mesi di marzo, aprile, maggio, giugno e luglio e che specialmente poi sono i mesi di marzo (16.26 °/₀) e di giugno (14.68 °/₀) quelli che danno il maggiore contingente; mentre poi il numero minore è dato dal mese di novembre (4.76 °/₀) e dai mesi di gennaio (8.33 °/₀), febbraio (8.73 °/₀) e settembre (8.69 °/₀).

Tali risultati, concordanti in massima parte con quanto il mio maestro Prof. Bossi (1) aveva di già accennato nella sua memoria sulla gravidanza tardiva, non possono farci pensare ad « *una semplice fortuita coincidenza* » data la costanza con cui il fenomeno si verifica. Nella grande maggioranza dei casi descritti dagli autori vediamo, quasi costantemente, verificata la nostra asserzione; infatti nei casi descritti dal Krücke, dal Bensinger, dal Brosin, dal Nunez Roissè, dal Rissmann, dal Pürkhauer, dallo Sprenckel, dal Riedinger, dall'Harris, dal Martin, il parto avvenne nei mesi di marzo, aprile, maggio, giugno e luglio cioè in quei mesi nei quali anch'io ottenni la maggior percentuale, dall'osservazione dei miei casi.

Ciò posto, è dato domandarci: Quali cause contribuiscono alla maggior frequenza del parto serotino e della gravidanza tardiva in certe epoche, in certi mesi, piuttosto che in altri? In che senso i mesi diversi possono influire sulla maggiore o minore durata della gravidanza?

Gli ostetrici, come è noto, si sono occupati nel ricercare l'influenza che il giorno e la notte possono avere sul momento della nascita ed hanno pensato che peculiari condizioni in rapporto alle varie ore e dipendenti dalle oscillazioni della temperatura, dalla pressione atmosferica, dallo stato igrometrico dell'aria, possono esercitare la loro influenza sul sopravvenire delle contrazioni uterine. Le condizioni dell' ambiente esterno pare quindi non debbano essere indifferenti tra le cause che danno luogo alla nascita, tanto vero che il maggior numero delle nascite si ha nelle ore antimeridiane, anzichè in quelle del pomeriggio. Ora io penso che, se condizioni

(1) Bossi. — Loc. cit. pag. 714.

esterne atmosferiche, di così breve durata, hanno una influenza sul momento della nascita, *a fortiori* bisogna ammettere che tali condizioni si facciano risentire sulla durata della gravidanza stessa e così possiamo spiegarci il perchè la gravidanza tardiva sia tanto più frequente in alcuni mesi, anzichè in altri, venendo, in tal modo, a stabilire una influenza generale delle stagioni sul prolungarsi o meno della gestazione.

Ma ammesso, come risulta dalle osservazioni del Bossi e dalle mie, che in certi mesi dell'anno occorrono con grande frequenza le gravidanze tardive e volendo mettere in campo l'influenza delle stagioni sul fenomeno, bisogna domandarci:

Tale influenza bisogna attribuirla alla stagione che coincide coll'inizio della gestazione o a quella che coincide colla fine della gravidanza? In altri termini, giacchè il prolungarsi della gravidanza deve essere in rapporto a condizioni speciali dell'utero e degli annessi o a condizioni del prodotto del concepimento e degli annessi fetali, o a condizioni inerenti contemporaneamente alla madre e al feto, ci domandiamo: Quando è che le condizioni dell'ambiente esterno si fanno specialmente risentire? all'inizio o piuttosto alla fine della gestazione? O ancora: È la gravidanza, fin dal suo inizio, destinata a protrarsi oltre i limiti normali o essa si prolunga perchè condizioni speciali climatiche degli ultimi tempi, capaci di apportare nell'utero, nel feto, negli annessi, delle modificazioni non abituali, vengono a ritardare tutte quelle cause, che agendo nell'utero, lo portano alla contrazione dei suoi elementi muscolari e quindi al parto?

Il problema, come si vede, è molto complesso nè facile è la sua risoluzione, alla quale si potrà arrivare soltanto dopo lunghe ed accurate ricerche ed osservazioni.

Il Cuzzi (1), nell'accettare la *teoria della selezione naturale*, messa avanti da Schröder (2) per spiegare la causa determinante l'insorgenza del parto, disse che gli ostetrici colle loro « *teorie talvolta strane, talvolta anche assai ingegnose* » hanno perduto di vista « *il concetto della finalità del parto e del tempo necessario per il compimento d'ogni funzione* » e che « *questo tempo è segnato dalla grande legge dei periodi organici, che si stabilisce, mediante l'ereditarietà e mediante l'adattamento* »; ma, giustamente afferma il La Torre (3), che, « *la geniale concezione dello Schröder è più teorica che clinica* »: è per questo che sono sempre giustificate le ragioni, che inducono gli autori a tali ricerche, in quanto che esse possono sempre riuscire di non lieve interesse non solo nel puro campo dell'ostetricia, ma ancora nel più vasto campo della biologia.

Limitarsi al concetto di Schröder e di Cuzzi sarebbe lo stesso che voler mettere un'argine, una diga al progresso cui sempre tende la scienza ed invece bisogna sempre seguire il precetto di quella società, di già fondata da Bacone, di determinare, per mezzo dello esperimento: « *jusq'à quel point dans les différentes expèces vivipares, le temps de la gestation est variable ou constant, quelles sont les causes de ces variations, la possibilité et les moyens*

(1) Cuzzi. — *Trattato di ostetricia e ginecologia.* Vol. I, pag. 502.
(2) Schroeder. — *Manuale di Ostetricia* - Trad. Ital. III. ediz. Milano - Vallardi.
(3) La Torre. — *Elementi di Ostetricia*, - Torino, 1895, Vol. I, pag. 454.

de faire agir ces causes à volonté, les effets qui en résultent pour l'individu dont la naissance est accélérée ou retardée » (1).

Io credo che tali cause esterne di natura climatica, riferibili all'influenza delle stagioni, si esercitino sulla madre e, secondariamente, sul prodotto del concepimento negli ultimi tempi del periodo gravidico, anzichè all'inizio della gestazione ed a ciò sono indotto a pensare, in quanto che altrimenti dovremmo ammettere che tali influenze si esercitano soltanto sull'uovo, indipendentemente da qualunque influenza sugli organi materni, ciò che non mi pare si possa ammettere, date le altre cause che possono concorrere alla spiegazione del fenomeno e date ancora certe evenienze speciali, che ci è dato verificare nella durata del parto e in rapporto ai caratteri della contrazione uterina nei casi in cui la gravidanza si è protratta.

In rapporto alla durata della gravidanza, ricordando ancora che ho voluto considerare soltanto quei casi che andarono al di là di 289 giorni ed avvertendo che, nel mio studio, non ho potuto considerare i casi provenienti dalla Guardia Ostetrica, mancandomi tutte le notizie necessarie, le 252 gravidanze tardive, che ho potuto raccogliere, sono incluse tra il limite minimo di 290 e quello massimo di 353 giorni e perciò con una differenza in più, pigliando come punto di repere la gravidanza della durata di 285 giorni, variabile da 5 a 68 giorni.

Mi risulta, che, delle 252 osservazioni, in 147 casi, cioè nel 58,33 $^{0}/_{0}$ la gravidanza si protrasse per un periodo di tempo variabile da 290 a 300 giorni, mentre nel 41.66 $^{0}/_{0}$ tale periodo di tempo è compreso fra 301 a 353 giorni.

Inoltre, considerando i casi in cui la gravidanza si protrasse oltre il 300.° giorno, mi è risultato che:

In	61	casi cioè nel	24.20 $^{0}/_{0}$	la gravidanza	si prolungò	fra	301-310	giorni
»	31	»	12.30	»	»	»	311-320	»
»	8	»	3.17	»	»	»	321-330	»
»	4	»	1.58	»	»	»	331-340	»
»	1	»	0.39	»	»	oltre	340	»

In rapporto al numero delle gestanti, ricevute in clinica:

In	147	casi cioè nel	4.41 $^{0}/_{0}$	la gravidanza	si prolungò	fra	290-300	giorni
»	105	»	3.15	»	»	»	301-353	»

E di questo 2.° gruppo:

In	61	casi cioè nell'	1.82 $^{0}/_{0}$	la gravidanza	si prolungò	fra	301-310	giorni
»	31	»	0.93	»	»	»	311-320	»
»	8	»	0.24	»	»	»	321-330	»
»	4	»	0.11	»	»	»	331-340	»
»	1	»	0.03	»	»	oltre	340	»

E finalmente, in rapporto al numero dei parti a termine:

In	147	casi cioè nel	6.30 $^{0}/_{0}$	la gravidanza	si prolungò	fra	290-300	giorni
»	105	»	4.50	»	»	»	301-353	»

(1) Vedi Casalis. — Prefazione al « *Le problème de la durée de la grossesse* » - Thèse de Paris, 1905, pag. 5.

E di questo 2.° gruppo:

In 61 casi cioè nel 2.61 % la gravidanza si prolungò fra 301-310 giorni
» 31 » 1.32 » » 311-320 »
» 8 » 0.34 » » 321-330 »
» 4 » 0.17 » » 331-340 »
» 1 » 0.04 » » oltre 340 »

Tali cifre, anche per comodo di studio, ho voluto racchiudere nella tabella seguente:

Durata della gravidanza in giorni	290 - 300	301 - 310	311 - 320	321 - 330	331 - 340	oltre 340
Numero dei casi	147	61	31	8	4	1
Percentuali		24.20 %	12.30 %	3.17 %	1.58 %	0.39 %
	58.33 %	41.66 %				
Percentuali in rapporto al numero delle gestanti		1.82 %	0.93 %	0.24 %	0.11 %	0.03 %
	4.41 %	3.15 %				
Percentuali in rapporto al numero dei parti a termine		2.61 %	1.32 %	0.34 %	0.17 %	0.04 %
	6.30 %	4.50 %				

Tutti questi calcoli potrebbero sembrare un lusso numerico; ma è facile intenderne il significato, se si riflette alla straordinaria importanza che i dati statistici, riguardanti la possibilità del protrarsi più o meno della gravidanza, hanno, in rapporto alla questione medico-legale che ad essa si concatena.

Il problema della gravidanza prolungata, che tuttavia separa i più grandi ostetrici, tiene pure divisi i legislatori, i quali non hanno ancora preso una posizione decisa nella questione.

Il Codice Civile Italiano all'art. 160, presume: « concepito durante il matrimonio il figlio nato non prima di 180 giorni dalla celebrazione del matrimonio, *nè dopo 300 giorni dallo scioglimento od annullamento di esso* ». Cosicchè le nascite, avvenute dopo 300 giorni dalla morte del padre, secondo il nostro codice, sono illegittime.

In Francia l'art. 315 del Codice civile dice: « La legittimità del feto *non potrà essere contestata dopo 300 giorni* dallo scioglimento del matrimonio ».

Il Codice Civile tedesco considera come legittimo un bambino, che viene alla luce *302 giorni dopo la morte del coniuge.*

In Austria la legge riconosce la legittimità di un bambino venuto alla luce tra i 240 e i *307 giorni dopo la morte del padre.*

In Inghilterra *la legittimità non è contestata che dopo 311 giorni.*

Quale differenza di concetto in un articolo di legge così importante, nei diversi codici appartenenti alle diverse nazioni! E quante incertezze poi, nell'attuazione della legge, dipendenti dalla maniera sibillina, direi quasi, come l'articolo si esprime!

L'art. 315 del Codice Francese è *nettamente dubitativo;* poichè esso lascia libero il campo a interpetrazioni diverse; infatti il legislatore nel fissare a 300 giorni il termine del parto, *non esclude che esso possa andare al di là.*

La legge tedesca, pur stabilendo tassativamente il limite massimo di 302, finisce col concedere una latitudine maggiore di quella del codice inglese; perchè all'articolo di legge vi è una aggiunta secondo la quale è disposto che, nel caso in cui la nascita avviene dopo 302 giorni dalla morte del coniuge, *la legge dà facoltà che in favore della nascita legittima si fornisca al giudice l'assicurazione che il bambino è il prodotto del concepimento da uomo e donna legittimamente coniugati!...*

Le cifre da me ottenute, desunte dalla osservazione di un materiale clinico piuttosto abbondante, confermano sempre più le osservazioni inoppugnabili fatte da ostetrici eminenti: tali cifre valgono a dimostrare non solo che la gravidanza può realmente protrarsi oltremodo ma ci dicono ancora che tali gravidanze eccessivamente protratte non sono così straordinariamente eccezionali, come a prima vista si potrebbe supporre.

Nè può aver valore l'osservazione di quegli autori, i quali negano tali gravidanze solo perchè mai hanno avuto l'occasione di constatarne un solo caso. Giustamente osserva lo Strassman (1) che: « *non può costituire una prova contraria, dinnanzi all'affermazione di valenti ostetrici, il non avere mai veduto una gravidanza così prolungata; perchè i risultati negativi non possono annullare i positivi* ».

Relativamente pochi sono gli autori i quali convengono nei termini di 300-302 giorni dalla legge stabiliti; ma una grande maggioranza ha di già ammesso il 308° giorno, come limite massimo e tra questi troviamo il Braun, l'Olshausen, l'Auvard, il Winckel, il Kaltenbach, il Runge, il Tavisch (2).

Però tale limite di 308 giorni può comprendere tutti i casi? Nel decidere il limite di tempo massimo per la durata della gravidanza non dobbiamo dimenticare i casi di gravidanza eccessivamente prolungata e non trovo logico ammettere che, anche trattandosi di casi straordinariamente eccezionali, essi non debbano essere presi in considerazione. La legge deve servire alla tutela di tutti e la limitazione, stabilita dai codici vigenti,

(1) Strassmann. — *Manuale di Medicina legale* - Torino - Unione tipografica editrice 1901, pag. 196.

(2) Citati da Winckel — loc. cit. pag. 2.

in rapporto agli articoli in parola, piuttosto che servire di tutela in certi casi, per quanto eccezionali, riesce invece di danno.

La legislazione di tutti i paesi dovrebbe, a tal riguardo, subire delle modificazioni che si accordino coi risultati desunti dalle osservazioni diligenti degli studiosi. E se tali modificazioni sono tuttavia necessarie nei relativi articoli dei codici inglese, austriaco e tedesco, s' impongono poi, in modo assoluto, al codice francese ed al codice nostro.

Tali modificazioni s' impongono allo scopo di tutelare l' onore di una donna e di non negare il diritto di paternità ad un bambino di nient'altro colpevoli, la prima, che di avere sopportato le maggiori sofferenze e i maggiori pericoli provenienti da una gravidanza eccessivamente protratta: l'altro, di essere stato esposto al pericolo della morte prima di venire alla vita, come conseguenza dell'eccessiva sua dimora nel seno incontaminato della madre.

* * *

È prezzo del presente studio ricercare ora, nelle nostre storie cliniche, tutti quei dati che possono rischiarare l'eziologia della gravidanza tardiva.

L' eredità è stata invocata come causa nel fenomeno della gravidanza tardiva ed il Bossi, (1) al quale siamo debitori delle osservazioni più accurate a tal riguardo, lo ha potuto affermare in modo assoluto: in parecchi dei suoi casi gli è risultato che anche le madri di donne in cui ebbe a riscontrarsi gravidanza protratta, ebbero delle gravidanze tardive, non solo, ma in molti casi gli è risultato che il fenomeno è stato *abitudinario*.

È vero bensì che la maggior parte degli autori, parlando di gravidanza tardiva, affermano che l'ereditarietà debba avere importanza nella esplicazione del fenomeno ma, in generale, tale affermazione, non confortata dalla testimonianza di casi clinici assolutamente accertati, ha servito più, vorrei dire, a tranquillizzare la mente del ricercatore nello studio delle cause del fenomeno, anzichè a dare la prova certa di tale momento eziologico.

Non nego però che tale ricerca, specialmente se fatta sulle cedole cliniche di parecchi anni addietro, non ci dà quei dati che sono necessarî per venire ad una recisa affermazione: ciò impone il dovere, a chi redige le storie cliniche, di non trascurare tutti quei dati che possono servire alla risoluzione di questo, come di altri argomenti importanti: così solo sarà possibile che studî ulteriori possano risolvere delle questioni la cui importanza sociale non può essere disconosciuta.

Tali difficoltà ho dovuto anch'io constatare ed invero ben pochi sono i casi in cui risulta chiaramente, dalla storia clinica, che la gravidanza tardiva è abitudinaria: dati positivi al riguardo ho potuto averli in 15 casi dei 252 che ho preso a considerare. In nessun caso poi mi è stato possibile accertare l' influenza dell' eredità perchè del tutto mute ho trovato, a questo riguardo, le cedole cliniche.

Però, che veramente l'eredità possa giuocare una parte nel novero delle cause della gravidanza tardiva, mi è chiaramente risultato da due casi, che

(1) Bossi — loc. cit. pag. 718.

ho avuto occasione di riscontrare in clinica stessa: tali due casi non sono però compresi tra le 252 osservazioni che sono oggetto del mio studio.

Si tratta di due allieve levatrici, maritate, pluripare: entrambe riferiscono che le loro madri ebbero sempre gravidanze oltrepassanti, per durata, il termine normale ed esse provengono anche da gravidanze protratte.

Una di esse asserisce inoltre di avere due sorelle le quali hanno sempre avuto gravidanze prolungate. Delle due allieve levatrici, una ha avuto 4 gravidanze tutte protratte, l'altra ha avuto due gravidanze, anch' esse prolungate.

Questi due casi, molto attendibili come provenienti da persone fornite di una certa competenza, dimostrerebbero non solo che la gravidanza prolungata è *ereditaria*, ma che inoltre è *abitudinaria*.

Nè mancano, nella letteratura, dei casi i quali servono a dimostrare la tendenza della gravidanza tardiva ad essere abitudinaria; infatti nel caso descritto da Lutz, (1) anche le gravidanze precedenti si erano prolungate oltre la 40.ª settimana; nel caso di Riegler, (2) citato dallo Schröder, e che riguarda una secondipara, anche la prima gravidanza durò più a lungo del normale. Così Charpentier (3) cita il caso di una donna ottipara in cui solo la prima gravidanza ebbe durata normale, le altre furono tardive, e Budin (4) vide una donna nella quale la gravidanza, per due volte consecutive, durò 10 mesi.

L'eredità quindi può influire sul fenomeno della gravidanza tardiva, la quale può anche essere abitudinaria.

Ma in che modo bisogna intendere l'ereditarietà come momento eziologico della gravidanza tardiva? Ed in che modo spiegare la tendenza, in alcune donne, al ripetersi delle gravidanze protratte?

Dobbiamo noi supporre che l'utero porti con sè alla nascita l'attitudine ereditaria à conservare nel suo interno, per un periodo più lungo del normale, il prodotto del concepimento? O piuttosto che esso porti con sè ereditariamente alcune note anatomiche, eguali a quelle dell'utero materno, che lo predispongano, date condizioni speciali, a protrarne il periodo normale gravidico?

Mi sembrerebbe più logico attenermi a questa seconda ipotesi, secondo la quale sarebbe necessario l'intervento di altre cause, alla produzione del fenomeno della gravidanza tardiva.

Vediamo quindi quale influenza possano avere sulla gravidanza prolungata l'età, la parità, l'epoca di comparsa della prima mestruazione, lo stato di salute, la professione, le condizioni di vita durante la gravidanza, l'allattamento.

L'età delle 252 donne che ebbero gravidanza protratta, risulta dalla tabella seguente:

(1) Lutz — *Bayer. ärztl. Intelligenzbl.*, 1879, N. 44.
(2) Riegler — loc. cit.
(3) Charpentier — citato dallo Strassmann, loc. cit.
(4) Budin — citato da Guglielmi, loc. cit.

Anni della Gestante	Numero dei Casi	Percentuale
16 - 17	2	0.79
18 - 20	27	10.75
21 - 25	70	27.49
26 - 30	66	26.29
31 - 35	54	21.51
36 - 40	27	10.75
41 - 47	5	1.99

In 251 casi (in uno non ho trovato indicazione di età) nessuna donna riscontriamo di età inferiore ai 16 anni, che abbia avuto gravidanza tardiva e che anche dai 16 ai 17 anni essa è estremamente rara, ciò che d'altra parte bisogna anche mettere in rapporto col numero piuttosto scarso di gravidanze che occorrono in tale età. Ad incominciare dall'età di 18 anni la gravidanza tardiva incomincia ad essere più frequente e tale frequenza, che dura dall'età di 21 a 35 anni, tenendo però il suo massimo dall'età di 21 ai 25 anni, subisce una rapida discesa da 36 a 40 anni, per diventare molto rara tosto che la donna ha superato il 40° anno.

Risulterebbe quindi che l'età in cui la gravidanza tardiva ha il massima della sua frequenza corrisponde a quella in cui l'organismo si trova nel pieno delle sue energie e la donna si trova nell'acme delle sue attività sessuali.

Quale sia l'influenza dell'età sulla durata della gravidanza normale non è tuttavia conosciuto, tanto più che, per la specie umana, poche ricerche si sono fatte in proposito.

Cornevin, (1) che ha studiato tale influenza nelle vacche, ha constatato che in esse, fino all'età di 3-4 anni, la durata media della gravidanza è di 287 giorni e che invece la durata è di 289 giorni, da 5 anni in poi. Cosicchè, secondo tale autore, nelle vacche, la durata media della gravidanza si aumenterebbe collo andare avanti negli anni.

Pinard (2) e Gaston (3) negano qualsiasi influenza dell'età sulla durata della gravidanza.

Non conosciamo perciò se e quali oscillazioni può subire la durata media della gravidanza normale col variare dell'età: la stessa affermazione possiamo fare per riguardo alla gravidanza tardiva.

Quello che per ora mi interessa notare è questo: che i dati da me ottenuti sono del tutto d'accordo con quelli riferiti dai varii autori; infatti, nei casi di gravidanza tardiva descritti e che in principio di questo lavoro

(1) CORNEVIN — citato da Casalis — loc. cit. pag. 102.

(2) PINARD. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences medicales* - 1882, article: « grossesse ».

(2) PINARD. — *Dictionnaire de physiologie* par Cl. Richet, 1905, article: « gestation ».

(3) GASTON. — *Nouvelles recherches sur la durée de la grossesse* - Thése de Paris, 1876.

ho accennato, la percentuale maggiore è data precisamente da donne la cui età varia dai 21 ai 35 anni.

Io credo invero che poca importanza si debba dare all'età, considerata per sè isolatamente e che, tale fattore, è necessario sia messo in rapporto con altri dati e prima di tutto colla parità.

Facendo il calcolo del numero delle gravidanze avute da ognuna delle 252 donne che ebbero gravidanze tardive, ho trovato:

Primipare			N. 103 = 40.87 %
Pluripare	II pare	N. 45	» 103 = 40.87 %
	III »	» 28	
	IV »	» 13	
	V »	» 17	
Multipare	VI pare	N. 13	» 46 = 18.25 %
	VII »	» 11	
	VIII »	» 4	
	IX »	» 10	
	X »	» 3	
	XI »	» 2	
	XII »	» 1	
	XIII »	» 1	
	XVII »	» 1	

Il 40.87 % è costituito da primipare mentre il 59.12 % è dato dalle pluripare: questi risultati si differenziano leggermente da quelli ottenuti dal Winckel (1) il quale, in 31 casi, ha trovato il 32.3 % di primipare ed il 67.7 % di pluripare.

Però è ancora necessario vedere qual'è il rapporto tra primiparità, pluriparità (II-V) e multiparità (VI-XVII) nei miei 252 casi, tanto più che, in seguito ad osservazioni contradittorie, diversamente si sono espressi alcuni autori, come il Faye, l'Hecker, l'Ahlfeld (2) sull'influenza della multiparità.

Dallo specchietto soprastante sembrerebbe che un numero straordinario di primipare vada incontro alla gravidanza tardiva e che la percentuale di esse (40.87) non si differisca dalla percentuale data dalle pluripare (40.87) e poco relativamente dalla somma delle percentuali delle pluripare e multipare (59.12).

Ora possiamo noi dare un valore assoluto a queste percentuali?

Molto esattamente il Guglielmi (3) osserva che in generale il numero delle primipare, accolte in Maternità, è di gran lunga superiore a quello delle pluripare; egli avrebbe trovato che, nell'Istituto di Maternità di Milano, vi ha la frequenza del 50-40 % di primipare, mentre che il numero delle multipare non raggiunge che il massimo del 10 %. Ora se noi consideriamo, come riflette il Guglielmi stesso, che le multipare sono nel rap-

(1) Winckel — loc. cit. pag. 15.

(2) Citati dal Casalis — loc. cit. pag. 103.

(3) Guglielmi. — *Contributo allo studio della macrosomia fetale*. - Loc. cit. pag. 590.

porto del 35.9 % e che la media di tutte le pluripare raggiunge il procento del 73.2 e che il procento delle primipare si riduce soltanto al 26.8, è facile osservare come le cifre da me ottenute non possono essere considerate come valore assoluto; ma debbono essere messe in rapporto colla maggiore frequenza colla quale le primipare accorrono in clinica o in maternità.

Non ho bisogno nemmeno di accennare alle ragioni della maggior frequenza delle primipare in questi istituti, ma ho voluto anch' io verificare questo fatto nel materiale clinico dell' Istituto Ostetrico-Ginecologico di Genova: la frequenza media delle primipare nel rapporto del 40.8 %, che ho ottenuto, conferma pienamente i risultati ottenuti dal Guglielmi.

Cosicchè possiamo dire che solo apparentemente la primiparità è un fattore della gravidanza tardiva, invece bisogna ritenere che il maggior numero di gravidanze protratte si riscontrano in donne pluripare.

Ma, perchè sia possibile venire a delle conclusioni più attendibili, è necessario mettere in rapporto l' età col numero delle gravidanze, in ognuno dei casi pigliati in esame:

Numero delle gravidanze	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XVII
Media dell' età	27	29	30	33	33	35	37	37	36	35	35	33	38	42
Numero dei casi	103	45	28	13	17	13	11	4	10	3	2	1	1	1

La media dell' età s' innalza, come è facile osservare, col crescere del numero delle gravidanze, ma tale aumento progressivo della media dell' età ha il massimo a 37 anni, nelle ottipare, poi subisce una lieve discesa però in due casi di molto multipare l' età è piuttosto avanzata.

É dato inoltre osservare che la media dell' età nelle primipare è di 27 anni, ciò che dimostra come la maggior parte delle gravidanze tardive, nelle primipare, occorre in primipare non molto giovani, il maggior contingente infatti è dato dalle primipare la cui età è compresa fra 25 e 30 anni.

Sembrerebbe quindi che l' età e il numero delle gravidanze influiscano sulla gravidanza tardiva nel senso che essa occorre più facilmente nelle pluripare e in donne piuttosto inoltrate nell' età. Per questo i miei risultati sarebbero d' accordo con le affermazioni di Winchel, (1) il qnale dice che, nella donna, la durata della gestazione aumenta a misura che s' innalza il numero delle gravidanze.

Un' importante influenza si è voluto attribuire alle variazioni della funzione mestruale col protrarsi della gravidanza. Tale influenza bisogna

(1) Winckel. — *La durata della gravidanza.* - Loc. cit. pag. 3.

studiarla, prima di tutto, nel senso di vedere se l'epoca della comparsa della prima mestruazione possa avere influenza sul fenomeno, il quale proposito non mi è stato possibile riscontrare delle osservazioni da parte degli autori. É per questo che io, dopo avere riferito il risultato delle mie ricerche, nello specchietto seguente, mi limiteró a fare dalle considerazioni su di esse, non potendo avere in rapporto a tale quistione il conforto di ricerche anteriori.

Delle 252 donne in esame:

1 mestruò	a 10 anni		
18 mestruarono	» 11 »		.... 19.20 %
29 »	» 12 »		
47 »	» 13 »		
48 »	» 14 »		.... 63.56 %
38 »	» 15 »		
26 »	» 16 »		
20 »	» 17 »		
16 »	» 18 »		
3 »	» 19 »		
1 »	» 20 »		.... 17.20 %
2 »	» 21 »		
1 »	» 25 »		
2 senza indicazioni			

La maggior percentuale (63,56) è data perciò da quelle donne in cui la pubertà incominciò da 13 a 16 anni, che è appunto l'età in cui generalmente s'inizia la funzione mestruale; però nel 19.20 % si ebbe un'inizio piuttosto precoce, come nel 16.20 % la funzione mestruale comparve alquanto più tardi del normale. Non sempre quindi corrispose al normale l'epoca della comparsa della 1ª mestruazione ed anche tali lievi modalità io credo opportuno accennare in quanto che, in concomitanza di altri dati, mi pare che esse possono concorrere alla ricerca delle cause generali, che influiscono sulla maggior durata della gravidanza.

In generale le mestruazioni furono regolari per tutti i caratteri, a tipo anticipante da 1 a 10 giorni: in 39 casi le mestruazioni furono irregolari per tutti i caratteri e questi casi si riferiscono, la più gran parte, a quelle donne in cui si fece molto attendere la comparsa della 1ª mestruazione.

Per la scarsezza dei dati, ricavabili dalle cedole cliniche, non mi è stato possibile venire a delle conclusioni sulla influenza che la maggiore o minore durata del periodo intermestruale e la durata della mestruazione possono avere sulla gravidanza tardiva. Tali ricerche, sulle quali ha recentemente insistito il Marocco, (1) sarebbero state importanti, per controllare le asserzioni di Berthold (2) e di Cederschjörd, (3) secondo i quali, il parto si

(1) Marocco, – *Sulla durata della gravidanza.* - Comunicazione alla R. Accademia di Roma: Seduta del 27 Gennaio 1907. - Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, anno XXVIII, N. 27, pag. 287.

(2) Berthold — citato da Casalis, pag. 103.

(3) Cederschjörd — citato da Casalis, pag. 103.

protrae alquanto nelle donne in cui la mestruazione occorre ogni 30 giorni.

Come ho già accennato, nella maggior parte dei 252 casi, la mestruazione fu a tipo anticipante, la qual cosa sarebbe contro l'opinione dei due citati autori, però sarebbe stato necessario conoscere la durata del periodo intermestruale; perchè, come giustamente osserva il Béard, l'affermazione di Berthold e di Cederschjörd è vera: purchè sia più prolungato il periodo intermestruale e col prolungamento di questo coincida ancora il prolungamento dell'unità di ovulazione. Infatti osserva il Béard, (1) che se è vero che il flusso mestruale può occorrere ogni 30 giorni, è peró vero che esso può avere una durata più lunga ed allora il periodo intermestruale non è più lungo come non lo è l'unità di ovulazione.

Secondo Casalis (2) forse su questo fenomeno bisogna ricercare la esplicazione della disposizione naturale di certe donne e portare il loro feto più a lungo che la media.

Immediatamente dopo lo studio della mestruazione faccio seguire lo studio sulla influenza, che le malattie pregresse possono esercitare sulla gravidanza tardiva. E non è senza ragione che allo studio della mestruazione faccio seguire quello delle malattie pregresse: questa ragione emerge subito dalla considerazione fatta da tutti gli autori, i quali sono d'accordo nell'ammettere che le malattie costituzionali, le malattie infettive, le malattie esaurienti hanno sull'andamento della mestruazione. Basta citare infatti la tubercolosi, le cardiopatie per potere asserire quanta influenza possono esercitare su questa importante funzione, che si collega alla salute della donna. Le malattie generali, coll'influire sul metabolismo dei tessuti, finiscono col ripercuotersi sulle funzioni genitali e prima di tutto sulla mestruazione, che rappresenta quasi il coefficiente più importante della salute nell'organismo muliebre.

In 104 casi ho potuto accertare, per quel che riguarda l'anamnesi familiare, compromesso il gentilizio, specialmente per la frequenza di una eredità tubercolare c cardiopatica. Nell'anamnesi individuale, escludendo le malattie esantematiche, comuni dell'infanzia, ho trovato, con grande frequenza, malattie dell'apparato respiratorio (bronchiti, polmoniti, pleuriti, influenza), forme spesso recidivanti o croniche.

Fra le altre malattie ho notato poi, per ordine di frequenza, il tifo, il reumatismo articolare acuto febbrile, il vaiuolo, la scarlattina, l'eresipela, le anemie, le malattie gastro-intestinali.

Volli inoltre vedere se pregresse malattie dell'utero potessero esplicare la loro influenza sul protrarsi della gravidanza e per questo ho specialmente rivolto la mia attenzione per ricercare in che rapporto nelle 149 pluripare era occorso l'aborto e se in esse si fossero verificate delle infezioni puerperali.

In 44 casi, cioè nel 30.22 °/₀ ho riscontrato che è occorso l'aborto e ciò che più interessa è il fatto che in molti casi l'aborto si è ripetuto per 2 fino a 6 volte nella stessa donna: non è stata rara poi l'evenienza di

(1) Béard. — loc. cit.
(2) Casalis. — loc. cit. pag. 104.

gravi emorragie, come non ho riscontrato rare le forme di endometriti post-abortive, che spesso richiesero il raschiamento.

In 29 casi poi e cioè nel 19.46 % vi furono pregresse infezioni puerperali e non rare volte, tali processi infeziosi compariscono diverse volte nella storia sessuale della stessa donna.

Dalle diverse osservazioni fatte, mi pare poter concludere che, nella grande maggioranza dei casi, lo stato abituale di salute delle donne non fu affatto ideale sia per malattie generali, sia per malattie locali, come anche per malattie in rapporto alle gravidanze e ai partì precedenti. Non ho qui bisogno di accennare alle gravi alterazioni, che seguono nell'organismo in genere e in ispecie negli organi genitali nei casi di puerperii infeziosi e quali conseguenze non sia capace di portare l'aborto; specie quando esso è ripetuto, per concludere che certamente una grande importanza dobbiamo attribuire allo stato di salute della donna. Vedremo più innanzi in quale maniera io credo che possano tali fatti influire sulla gravidanza tardiva.

* * *

In rapporto all' allattamento:

É una di quelle cause alle quali in generale gli autori. che si sono occupati dell'argomento, hanno cercato di attribuire una grande importanza ed invero alcuni, pur negando l'influenza di altre cause, sulla durata della gravidanza, hanno però concluso che certamente l'allattamento vi influisce. Tanto più poi tale studio è importante in quanto che si concatena con l'altro argomento sull'influenza dello avvicendarsi delle gravidanze sulla maggior durata della gestazione.

Purtroppo assai scarse sono le ricerche, fin' ora istituite. in proposito.

Ê noto che in generale negli animali l'ovulazione e la gestazione si sospendono durante l'allattamento ed il Béard (1) aggiunge che nelle coniglie l'allattamento interrompe spesso, per cause sconosciute, la gestazione. Però in molti mammiferi, e nella donna specialmente, l'allattamento non ha tale spiccata influenza sulla ovulazione e così una nuova ovulazione, come una nuova gestazione, possono subito far seguito al parto, senza che l'allattamento influisca dannosamente sull' evoluzione della nuova gestazione.

Lataste, (2) citato da Pinard, avrebbe osservato che, nel topo bianco, la gravidanza dalla durata normale di 19 giorni si protrae fino a 22 giorni, sotto l'influenza dell'allattamento.

Sarebbe di straordinario interesse fare delle ricerche, intese ad apprendere se nella donna, nel caso in cui la gravidanza non viene interrotta dall'allattamento, essa venga prolungata.

Io non posso, a tal riguardo, citare dei casi specifici; ma è certamente non raro che nella pratica giornaliera occorrano dei casi in cui, essendo la gravidanza sopravvenuta durante l'allattamento, se ne ignora la durata; ma nelle quali il calcolo, stabilito sul giorno della comparsa dei primi movimenti attivi fetali e dall'insorgere dei disturbi simpatici, se ne potrebbe dedurre che la gravidanza si è protratta oltre il termine.

(1) Béard. — loc. citato.

(2) Lataste. — citato da Pinard. Leçons sur la durée de la grossesse, juillet 1904.

Ma cerchiamo invece di studiare la questione sotto uu aspetto diverso e cioè osservando quale influenza il numero degli allattamenti e gli allattamenti prolungati possono avere sul protrarsi della gravidanza.

Dall' esame delle 149 pluripare ho ricavato che:

39	donne	cioè il	29.17 $^0/_0$	non fecero alcun allattamento				
62	»	»	41.67	» fecero da	1	a 3	allattamenti	
38	»	»	25.50	» » »	4	» 8	»	
6	»	»	4.02	» » »	9	» 14	»	
4	»	»	2.01	» » »	1	» 2	»	prolungati

Tali cifre non parlano a favore di una influenza manifesta del numero degli allattamentl sulla gravidanza tardiva, infatti questa occorre tanto in donne, che non hanno allattato, come in donne che hanno fatto pochi allattamenti e in donne che fecero molti allattamenti ed anche molto prolungati.

D' altra parte non v' ha dubbio che l' allattamento debba esercitare una influenza sulla durata delle successive gravidanze.

Ma come mettere d' accordo i risultati apparentemente contradittorii delle nostre osservazioni? Io credo che tanto la mancanza d' allattamenti, come l' esagerazione nel numero di essi o il loro eccessivo prolungamento mediante un meccanismo di azione diverso, possano spiegare il prolungarsi della gravidanza e questa azione si esercita sul muscolo uterino.

È nota la influenza benefica esercitata dall' allattamento sul normale processo d' involuzione dell' utero puerperale: l' allattamento, nella gran maggioranza dei casi, è necessario, perchè l' utero non vada incontro ad una subinvoluzione ed al contrario bisogna mettere un limite nella funzione mammaria; perchè l' utero non ne risenta dei danni, come avviene nei casi di numerosi o prolungati allattamenti, i quali possano condurre all' iperinvoluzione e all' atrofia dell' utero, quell'atrofia che è stata descritta come atrofia da allattamento. Ora tanto nei casi di subinvoluzione, come nei casi di iperinvoluzione si creano certamente nell' utero delle condizioni di minore eccitabilità della fibra muscolare liscia dell' utero, il quale, nella gravidanza successiva, finirebbe col reagire tardivamente ai normali stimoli. che portando alla contrazione, danno luogo al parto.

E con lo stesso meccanismo agirebbe, nella produzione della gravidanza, *l' avvicendarsi delle gravidanze*, fattore al quale qualche autore, giustamente, attribuisce un grande valore nell' essenza del fenomeno del prolungamento della gravidanza.

L' utero o, per meglio dire, la fibra muscolare liscia di esso non avrebbe quasi il tempo di rifarsi dalle alterazioni regressive subite per effetto dei parti precedenti: essa si troverebbe quasi in uno stato di permanente sub-involuzione, col sopravvenire della nuova gravidanza, la quale, data la minore eccitabilità dell' elemento muscolare, finirebbe col prolungarsi, perchè, con ritardo, sentirebbe l' utero i normali stimoli, che lo conducono al parto.

(Continua)

PER UN NUOVO INSEGNAMENTO.

Noi ginecologi, noi ostetrici constatiamo ogni giorno le conseguenze gravissime di alcune infezioni genitali, sopratutto della blenorragia.

Mentre gli studi più moderni, insegnando opportune norme profilattiche, hanno diminuito sensibilmente la morbilità generale, non sono riusciti ancora a ridurre la frequenza dell'infezione neisseriana: infezione che si ripercuote su tutta la vita sessuale di molti della nostra specie.

I progressi che si sono ottenuti nel 1879, quando il Neisser scopriva il gonococco, nel 1897, quando il Bumm riusciva a coltivarlo in modo sicuro, e nel 1884, quando il Wertheim dimostrava una possibile infezione blenorragica del peritoneo e del connettivo non valsero a modificare di molto il pessimismo di Emilio Noeggerath.

Molte affermazioni che leggonsi nel libro pubblicato da lui, nel 1872 a New-York, possono essere ripetute oggi alla distanza di 35 anni!

Se poi noi dovessimo tener calcolo dei mezzi perfezionati di diagnosi e degli ardimenti operativi odierni, forse potremmo anche dire, che oggi le cose procedono peggio che in passato, almeno per quanto si riferisce alla blenorragia e alle sue conseguenze.

Alla lotta contro il pericolo venereo hanno partecipato e partecipano tutti i medici siano cultori dell'igiene, della sifilografia o della ginecologia, tutti i migliori sociologi ed economisti. Essi ne studiano le cause, la profilassi, i metodi di cura e le conseguenze nell'individuo e nella società. Ma il risultato pratico delle loro ricerche e dei loro sforzi è minimo, per non dire nullo, se si considerano le cifre statistiche di oggi confrontate con quelle di anni sono: perchè il pericolo venereo è legato alle condizioni filogenetiche sulle quali si basa la vita sessuale umana, alla mneme ereditaria che segue la sua via, ad elementi preformati o predeterminati.

Ma se i nostri sforzi sono inutili nel combattere il gruppo filogenetico, rappresentato dallo disposizioni ereditarie sessuali nell'individuo; noi possiamo, invece, direttamente influire sul gruppo degli elementi acquisiti in vita per modificare la passione sessuale in amore, e l'amore per un essere di diverso sesso nella forma la più evoluta dell'amore sociale, nell'altruismo, nel sentimento cioè basato sulla solidarietà degli uomini come dovere.

L'amore come soddisfacimento di un bisogno inteso al piacere è egoismo; l'amore nel senso naturale per conservare la specie è altruismo: egoismo ed altruismo non antitetici tra di loro ma elementi inseparabili della società umana.

L'educazione e l'istruzione sessuale dei giovani, la neanagogia sessuale, rappresenta quindi un dovere sociale e si propone di ottenere, per selezione e grado a grado, la vittoria sull'individuo egoista, il quale dell'amore vorrebbe comprendere soltanto i primi impulsi che ontogeneticamente in lui si sviluppano: e di intensificare, all'opposto, il sentimento dell'amore altruistico, altamente morale, più spiccato e più forte nelle persone mature.

Un concetto che a tutta prima può sembrare astratto e che, invece, in sè racchiude un alto significato filosofico, dovrebbe formare la base di

una nuova dottrina sulla vera essenza della vita sessuale; dottrina d'insegnamento ai giovani della ragione per cui vivono, dei metodi più adatti per la continuazione della specie, dei danni gravi che accompagnano l'atto della procreazione se compiuto con persone o da persone infette.

Il pericolo venereo è oggetto di studio di scienziati italiani e stranieri. Parecchi ginecologi da tempo, anche da noi, inutilmente richiamano l'attenzione sulle gravi conseguenze della blenorragia nella vita economica e sociale. Molti autori scrissero dei libri per divulgare i principii della igiene sessuale. Ma gli studii furono ben presto dimenticati, le forme neisseriane continuarono a diffondersi e i libri, certamente, non riuscirono allo scopo che si proponevano di ottenere. Basti ricordare soltanto che l'indice bibliografico delle opere sui rapporti sessuali, pubblicato a Parigi nel 1894 dal Lemonnyer, occupa, 4 grossi volumi, mentre la corruzione dilaga e le malattie si moltiplicano.

Augusto Forel, che ha cercato di sviscerare il difficile argomento in un libro stampato a Monaco di Baviera nel 1905, ricorda, in un interessante capitolo dal titolo: *Die sexuelle Frage in der Paedagogik,* l'opera della signora Iäger Schmid a Zurigo e i Landerziehungsheime in Inghilterra, in Germania nella Svizzera, illustrati da E. Couton.

Ma in Italia sembra che detti libri, quantunque noti, non interessino nè le autorità, nè il pubblico, nè i medici.

Soltanto di questi giorni un ginecologo assai noto, il Mangiagalli, ha richiamato la necessità che anche quì, come in Germania, s'istituiscano dei corsi d'igiene sessuale e di pedagogia o meglio, come dovrebbe scriversi, di neanagogia sessuale, perchè non ai fanciulli ma ai giovani dovrebbero servire.

Nei centri maggiori d'Italia, nelle scuole maschili di magistero, nelle Università governative o popolari, nelle Scuole superiori di insegnamento, i medici igienisti, gli specialisti di malattie veneree o di ginecologia, nelle scuole superiori femminili di magistero le colleghe laureate in medicina tengano dei corsi d'insegnamento sulla questione sessuale prendendo come punto di partenza, secondo la proposta della signora Schmid, la botanica e la zoologia e come punto di arrivo la fisiologia, l'igiene e la patologia sessuale umana.

A quando in Italia la prima scuola, anche di libero insegnamento, di igiene e di neanagogia sessuale?

In un articolo pubblicato pochi mesi or sono nella rivista tedesca « *Die Umschau* », e riassunto anche da noi nella « *Minerva* », il dottor Marcuse richiama quanto si è fatto in Germania, nella casa e nella scuola, in rapporto ad un nuovo orientamento della lotta antivenerea, per preparare i giovani alla vita sessuale. Il programma, che il collega riproduce, dei corsi tenuti in parecchi ginnasi di Berlino soltanto in parte corrisponde, a mio giudizio, ai postulati di cui sopra.

Ad ogni modo, pur tenendo conto delle condizioni etniche diverse, detto programma potrebbe rappresentare un primo schema di un insegnamento più completo e più oggettivo in Italia, dove sempre brilla, anche a distanza di anni, l'opera geniale di Paolo Mantegazza.

SERAFINO PATELLANI.

Interessante caso di morte del feto in gravidanza per trauma psichico materno.

È indubitato che il pubblico profano ha in generale la tendenza ad esagerare le conseguenze fisiche dei patemi d'animo, o troppo frequentemente, attribuisce le complicanze morbose a traumi psichici, tanto da far pensare ai sanitarî e agli intellettuali trattarsi di banali pregiudizî.

È d'altra parte doveroso e, aggiungerò, utile il riconoscere che si esagera pure e si esagera *dannosamente* nel voler negare, quasi completamente, ogni importanza a tali fatti.

E dico *dannosamente*, perchè, per il timore di prestarsi al pregiudizio popolare, non si rilevano momenti eziologici della vita delle pazienti, che, all'incontro, costituiscono talora la vera base diagnostica e quindi terapeutica. Donde ne derivano quindi trattamenti terapeutici erroneî od anche pericolosi.

L'esperienza di venti anni di Clinica mi ha ognor più persuaso come anche asserzioni apparentemente banali dei profani possano talora nascondere grandi verità, e, nell'argomento in questione, sono convinto che, pur non esagerando, indubbiamente gli squilibrî morali, i turbamenti psichici, le gravi emozioni, gli spaventi nella donna possono dar luogo ad alterazioni, a complicazioni funzionali talora anche gravissime, e ciò specialmente durante lo sviluppo sessuale, durante i periodi mestruali, durante la gravidanza e il puerperio, la menopausa.

E ciò è necessario, giusto ed utile, ripeto, riconoscere per le applicazioni profilattiche e terapeutiche che ne conseguono e potendosi sia evitare, sia arrestare complicanze gravi e talora fatali alla donna.

È necessario, e col ragionamento e colla prova dei fatti clinici, diffondere il concetto che l'evitare i patemi 'animo, i traumi psichici nella donna equivale a fare una buona ed efficace profilassi ginecologica, e il ricordarli e rilevarli, quando sono accaduti, è mettere sulla via per una giusta diagnosi, per un trattamento eziologico opportuno e fatto in tempo.

Il seguente caso clinico può riuscire al riguardo molto dimostrativo.

P. T., d'anni 29, di Genova, di professione ostessa. Nulla presenta dal lato gentilizio. Nulla di notevole nell'infanzia. Fu mestruata a 14 anni; si maritò a 18 anni ed ebbe 6 parti tutti regolari, con figli tutti sani e robusti e tuttora viventi. Il primo parto avvenne 10 anni or sono, l'ultimo diciotto mesi fa.

Il 25 aprile 1907 ebbe l'ultima mestruazione e subito dopo si presentarono tutti i fenomeni della gravidanza. Nel mese di settembre sentì regolarmente i moti fetali attivi; era in ottime condizioni di salute e faceva, come nelle precedenti gravidanze, vita attiva. Ora accadde che, il 7 ottobre, una sua bambina minacciò di rimanere sotto il tramway. Essa udì le grida dei presenti, dei tramvieri, della bambina e corse spaventata in istrada ove potè abbracciare la figlia salvatasi, dice essa, miracolosamente.

Lo spavento che provò, essa afferma, fu indicibile. Per parecchi giorn rimase agitata, patì di invincibile insonnia; sempre aveva dinanzi agli occhi la figlia sua nel pericolo. Negli stessi giorni avveniva che i moti attivi del

feto dapprima si fecero esagerati, convulsivi, tanto da provocare dolori gravi nell' addome, poi si arrestarono e più non li percepì.

Non sentendo alcun malessere, nessun disturbo, la paziente non se ne preoccupò; ma giunta ai primi di dicembre 1907, quando la gravidanza avrebbe dovuto essere alla fine dell'ottavo mese, essa si sentì inquieta pel fatto che l' addome non solo non era aumentato di volume; ma era diminuito.

Ebbe il dubbio di feto morto e venne a consultarmi. Io l' esaminai e trovai infatti che il feto era morto non solo, ma che la morte sua doveva datare dal sesto mese di gestazione e cioè dalla prima quindicina d'ottobre. Ciò mi fu poi confermato dal feto stesso, alla cui estrazione artificiale dovetti procedere.

Richiamata l'attenzione della malata sui fenomeni avveratisi in ottobre, essa ebbe a ricordarsi come verso la metà di ottobre ebbe ingorgo mammario, che spontaneamente poi scomparve. Tutto insomma contribuisce ad accertarmi che la morte del feto avvenne nella prima metà di ottobre dopo il patema d' animo.

Uno dei dubbî subito insorti fu la possibilità di una forma celtica. Mi riuscì però facile ciò escludere, sia per rapporto al padre, sia per rapporto alla madre. Potei anzi ciò escludere in modo assoluto, così dall' esame del marito, che della paziente, del feto e degli annessi fetali. Ed escludere potei anche qualsiasi altra complicazione della gravidanza, che potesse spiegare la morte del feto. La paziente d' altronde aveva avuto in 10 anni sei gravidanze tutte regolari con feti tutti robusti e tuttora sopravviventi.

É perciò questo uno dei pochi casi caratteristici in cui la morte del feto corrispose e — devesi ritenere — fu prodotta dal trauma psichico.

Come ciò possa avvenire, se materialmente e matematicamente non si può spiegare, lo si può però per induzione, pensando ai gravi turbamenti circolatorî e al turbato metabolismo che, per lo squilibrato sistema nervoso, si devono avverare nella gestante per un forte patema d'animo. Quanti casi infatti riscontriamo di arrestato periodo mestruale e conseguenti squilibrî gravi di tutto l'organismo a causa di un trauma psichico avveratosi durante il periodo mestruale?

Il caso clinico quindi è realmente istruttivo e deve indurci a propagandare la necessità della calma psichica e morale, a cui hanno diritto le gestanti già anche troppo esposte, come nel caso attuale, ai traumi psichici accidentali.

Chè se simile conseguenza si ebbe in una paziente come la P. che è un organismo forte, robusto, benestante, pochissimo sensibile (il mestiere suo infatti di ostessa di un esercizio per operai allena alle emozioni), che dobbiamo pensare possa accadere nelle donne poco robuste, delicate di sistema nervoso, suscettibili ad ogni emozione?

Prof. Bossi.

Carmichael e Marshall: *British med. Journ., 2448,* riferiscono di esperienze sugli effetti della ovariectomia.

Negli animali giovani essa non modifica lo sviluppo normale dell'organismo, mentre produce un rallentamento spiccato di sviluppo dell' utero. Negli animali da esperimento adulti e vecchi si osserva una degenerazione fibrosa dell'utero e delle tube.

La isterectomia non modifica lo sviluppo delle ovaie nei giovani animali, nè è causa di lesioni quando siano rispettati i vasi sanguigni,

M. S.

Chase (*Carroll*): *Dislocamenti traumatici dell'utero non gravido.* — Amer. Jour. of Obstetrics, oct. 1907

Questo argomento ha un interesse medico-legale notevole per i casi di accidentalità ferroviarie.

1.° caso. Una vergine di 17 anni cadde dalla bicicletta battendo violentemente degli ischi a terra. Fu visitata tre ore dopo e si trovava in stato di *shock* leggero: aveva nausea ed aveva già vomitato. Si lagnava di forti dolori e senso di pressione alla regione sacrale accompagnati da stimolo alla defecazione. L'esame rettale fece rilevare che l' utero un po' più piccino della norma, si trovava incuneato fortemente nel cavo sacrale. Con una pressione energica dal basso tornò di scatto nella sua posizione normale; i sintomi riflessi cessarono immediatamente.

Il secondo caso si riferisce ad una paziente la quale era in cura per sterilità e fu esaminata il giorno prima di quello in cui il traumatismo ebbe luogo. La paziente cadde dall'altezza di alcuni gradini sugli ischi. Visitata mezz' ora dopo aveva nausea e mal di capo e pena intensa di pressione nella regione sacrale. L' utero che il giorno prima era antiflesso ed in posizione normale si trovava retroverso prolassato ed incarcerato e fu ricollocato nella giusta posizione con una considerevole pressione applicata in corrispondenza dello sfondato del Douglas. Anche qui i sintomi riflessi cessarono subito dopo la riposizione. *Donzella.*

L. Thoinot et Ch. Paul: *Ètude sur les perforations utérines gangreneuses consécutives à l'avortement criminel.* — Annales d'Hygiène Publique et de Medicine Légale. — Décembre 1907.

Dalle ricerche e considerazioni condotte su dieci casi clinici, taluni anche illuminati dall' esame anatomo-patologico. gli AA. vengono a nettamente caratterizzare dal lato anatomico e dal lato clinico una complicanza, che può intervenire qualche volta in seguito a manovre criminali abortive: *la perforazione gangrenosa dell' utero.*

Questa entità morbosa è caratterizzata brevemente dai seguenti fatti:

Condizioni di salute della donna eccellentissime prima dell' aborto; passaggio repentino da tale stato di benessere a condizioni disastrosissime. alla morte. Nello spazio di pochi giorni, sino a 48 ore, si esplica il ciclo morboso completo: intervento abortivo criminoso, perforazione gangrenosa dell' utero, morte, se il chirurgo non interviene.

L' autopsia o l' esame dell' utero tolto dal chirurgo. addimostra una lesione tipica, costituita da un foro, raramente due, abbastanza voluminoso, a forma di un cono tronco, con bordi irregolari, in preda a sfacelo, circondato da tessuto uterino necrotico, delimitato da un solco netto dal rimanente parenchima intatto. Questo foro che stabilisce una comunicazione fra la cavità uterina ed il cavo addominale, è situato il più dei casi sul fondo oppure vicinissimo al fondo dell' utero.

La mucosa uterina può esser d' aspetto gangrenoso in tutta la sua superficie; questo non accade mai per il tessuto muscolare, che tosto al di là della zona di necrosi limitante la perforazione, presenta all' esame macroscopico le sue normali caratteristiche.

La genesi di tale lesione è la seguente: perforazione settica (che non occorre sia completa)' dell' utero, prodotta dall' istrumento infetto introdotto nell' utero a

scopo abortivo; sviluppo rapido di germi settici, gangrenosi. annidatisi sui margini della perforazione; necrosi gangrenosa della parete uterina con perforazione e peritonite settica mortale.

Per i dati etiologici diversi, per i caratteri anatomici e clinici disparatissimi è possibile dunque dirimere, se chiamati ad un responso medico-legale, questa forma di perforazione gangrenosa dell' utero, secondaria a manovre abortive criminali, dalla gangrena perforante uterina puerperale, che qualche rara volta segue ad un parto o ad un aborto spontaneo infezioso, e potrebbe essere con quella grossolanamente confusa. *Rebaudi.*

IOULZAC: *Attentat aux moeurs. Degenerescence mentale avec hyperestes e sexuelle et permanence morbide de l'instinct genital. Responsabilité atténuée.* — (Attentato ai costumi. Degenerazione mentale con iperestesia sessuale e persistenza morbosa dell' istinto genitale. Responsabilità attenuata). — *Revue pratique d'obstetrique et de gynecologie,* Année 1907, n, 12, Décembre, pagina 849.

L' *A.* medico legale dell' Università e perito medico-legista presso i Tribunali di Versailles, espone il caso di un istitutore, dell'età di 28 anni, il quale, in un momento di bestiale libidine, tra ripetuti abbracciamenti finì col masturbare un suo allievo dell' eta di otto anni, introducendogli poi un dito nell' ano e contemporaneamente la lingua nella bocca.

L' istitutore dinanzi al Tribunale non nega il fatto; ma dice che, eccitato da un sorriso del ragazzo, nel momento in cui si licenziava da lui, colto da rumori all' orecchio, senso di raffreddamento alla nuca e d'indolenzimento alla regione temporale sinistra, entrando in immediata erezione, per una vera forza irresistibile, fu indotto a tali toccamenti al ragazzo.

L' *A.* trova in tale individuo compromessa la eredità da parte della madre, ricoverata in un asilo di alienati.

La storia dell' individuo mostra che in lui c' è stata una vera precocità sessuale. essendo i bisogni sessuali comparsi prima dell' epoca possibile della fecondazione: egli è un masturbatore precoce, abituale ed, ancor molto giovane, alterna l' onanismo con i rapporti sessuali normali: in collegio pratica sopra un suo compagno il *coitus inter femora* e si dà a delle pratiche esibizioniste.

Per quanto ammogliato e padre di un bambino. pure si è dato sempre ad una vita di disordini sessuali.

E' un individuo di tarda intelligenza e tendente a idee paradossali. utopiche o chimeriche. Risponde con lucidità e senza idee deliranti, nè allucinazioni alle questioni che gli si fanno. Dal carcere scrive alla moglie delle lettere lunghe, declamatorie dalle quali emerge però la mancanza di carattere e il potere di riflettere. Non ha sintomi d' intossicazione nè di malattie nervose: non ha disturbi nella motilità; ma la sua sensibilità è iperestesica. Gli organi genitali sono regolarmente conformati.

Per tutti questi fatti l' *A.* finisce col caratterizzare l' istitutore come uno squilibrato; esclude in lui una vera alienazione mentale; ma, ammettendo una vera *degenerazione fisica* e *mentale*, crede che la sua colpa debba avere delle attenuanti, le quali infatti furono ammesse dal Tribunale, che condannò l'istitutore a soli 8 mesi di detenzione.

Infine l' *A.* passa a fare delle considerazioni sul caso.

Egli dice che la precocità sessuale è dovuta o ad anomalia nello sviluppo dei genitali, che allora diventano sede di irritazione locale, o ad anomalia di sviluppo cerebrale o nello stesso tempo ad anomalie istologiche con anomalie morfologiche genitali. Escluse, nel caso in parola. le anomalie genitali, non restava che ad ammettere le anomalie cerebrali organiche. Parla dei pervertimenti sessuali riportandone la causa spesso ai disordini genitali, che danno luogo all' impotenza, alla nevrastenia sessuale e in ultimo al pervertimento.

Però i pervertimenti sessuali tardivi sono dovuti a delle affezioni cerebrali, come le demenze in genere e a forme acute di manìa, di paranoia, di follìa periodica etc. *Ciulla.*

Due questionarii di Psicologia, Criminologia e Sociologia Ginecologica proposti dalla " Ginecologia Moderna "

Il problema dell' *astinenza sessuale* nell' uomo, ha testè appassionato vivamente fisiologi, igienisti e medici della Germania, della Russia, della Francia e d'altre Nazioni ed i giudizii, se non furono concordi, furono però utili per una sintesi conclusionale, ove si consideri che rappresentano le opinioni di scienziati della maggior fama quali Pflüger, Brieger, Strümpell, Hensen, von Leyden, Forster, v. Esmarch, Büchner, Gärtner, Neisser, Löffler, Pfeiffer, ecc.

Per rapporto alla donna due problemi pure ritengo che si impongano per l' importanza loro e per l' entità dei corollarii che se ne possono dedurre, quello della *sensibilità sessuale* e quello dell'*aborto criminoso*.

A priori essi sembrerebbero indipendenti l'uno dall'altro e come tali possono essere trattati, ma se bene e a fondo si considerano, apparirà come possa esistere fra l' uno e l' altro qualche nesso utile a rilevarsi sotto il punto di vista sociologico e medico legale.

È ormai universale presso tutti i popoli, e in seno a tutte le classi sociali la constatazione di un crescendo veramente grave e oso aggiungere, spaventoso, dell'aborto criminale. La scusante del pubblico indifferente starebbe in un conflitto oggi più che mai accentuantesi fra i bisogni sessuali e le necessità economiche.

Le opinioni d' altronde relative alla *sensibilità sessuale* della donna in confronto a quelle dell' uomo e sulle *maggiori o minori necessità sue fisiologiche sessuali* sono tuttodì così disformi, incerte e contradditorie da richiedere ora più che mai di essere largamente dilucidate.

Così, ad esempio, è una credenza generale che a seguito dell' ablazione dell'utero e delle ovaja subentri gradi gradi nella donna l' insensibilità sessuale.

Orbene io ho potuto raccogliere 14 casi nei quali all' incontro si ebbe tale esagerazione nei bisogni sessuali da costituire una vera forma morbosa non solo, ma da dominare la vita morale e famigliare delle pazienti, tanto che due furono causa del suicidio del marito, una divenne delinquente, e quasi tutte le altre furono l'origine di gravi squilibri morali e materiali delle relative famiglie.

Molti e di grande entità possono quindi essere le applicazioni che, dalla soluzione anche incompleta di tali quesiti, si possono fare nel campo della psicologia, della medicina legale e della sociologia ginecologica.

La *Moderna Ginecologia* quindi ritiene di compiere un' opera utile proponendo ai suoi lettori, ginecologi, igienisti, medici legali, psichiatri, fisiologi, giuristi il seguente questionario di cui verranno man mano pubblicate nei futuri numeri le risposte, che raccomandasi siano il più che è possibile concise:

1° Quale è la vostra opinione per rapporto alla sensibilità sessuale della donna in confronto a quella dell' uomo?

2° Quale è la vostra opinione sulle maggiori o minori necessità sessuali della donna in rapporto alla età e alle condizioni sue sociali?

3° In quali proporzioni e perchè ritenete voi aumentati gli aborti criminali?

4° Quali sono i rimedî che proporreste contro l' aborto cri-[illegible]

Genova, 27 Dicembre 1907.

BOSSI

La risposta di Enrico Ferri.

Dagli studi ed osservazioni che, per molti anni, ho fatto sulla fisiopsicologia della donna — norma e ed anormale — mi sono formato le seguenti convinzioni in rapporto alle questioni proposte.

La donna è simile, ma non eguale all'uomo. E nella funzione sessuale essa ha un compito immensamente più gravoso, qual'è quello della maternità.

Per il consumo enorme di energie fisiopsichiche che la gravidanza e il parto, il puerperio e l' allattamento impongono alla donna (in confronto all' attimo di voluttà che è richiesto per la paternità) io ho spiegato l' inferiorità della donna di fronte all' uomo, nella sua sensibilità ed attività psichica in genere. E questa mia spiegazione scientifica fu accettata da Lombroso, Sergi ed in genere dalla maggioranza degli antropologi.

La donna deve dare troppo alla *specie*, perchè ad essa, come *individuo*, non debba rimanere una diminuzione di sviluppo. Onde la donna, per la costituzione fisica come per quella psichica, sta fra il fanciullo e l' uomo adulto (statura, forza muscolare, voce, intelligenza, impulsività, ecc.).

Le secolari condizioni d'inferiorità e quasi di schiavitù in cui la donna si è trovata (e l'esservisi trovata è anche *effetto* e conferma del suo minore sviluppo, dacchè la donna ha avuto in certe fasi dell'evoluzione umana, anche il predominio sociale, col *matriarcato*, di cui tuttavia si è lasciata spodestare dovunque) hanno potuto aggravare, ma non creare del tutto, questo livello di incontestabile inferiorità. Tanto è vero, che quando anche la donna è in condizioni pari a quelle dell'uomo, non si ha la manifestazione di donne di genio. Per esempio, fra tanti milioni di donne che ne secolo XIX hanno studiato il pianoforte non ne è venuta fuori una che sia paragonabile a Liszt o Rubinstein o Horzowski...

E se non vi sono, o quasi, donne di genio, la ragione è che esse..... fanno gli uomini di genio.

Ragione per cui (sia detto tra parentesi) da questa inferiorità di sviluppo *personale* — non separabile però dalla miracolosa funzione della *maternità* — si deve trarre la conclusione non già che la donna debba rimanere in condizione servile o inferiore di fronte all'uomo, ma che deve anzi, per il bene della specie umana e per le funzioni della maternità, essere a lui parificata nelle condizioni di esistenza sociale.

I. — Detto questo, rispondo che certamente la donna, per osservazione costante, ha una sensibilità sessuale (come ogni altra sensibilità) minore di quella dell'uomo.

Anche nell'*amore* — che provvede alla conservazione della specie — come l'elemento sessuale femminile (ovulo) è passivo, inerte di fronte all'elemento maschile (spermatozoo) che si agita e si muove per entrare nell'ovulo — onde avviene la fecondazione — così la donna, in amore, è di regola passiva e inerte.

Non vi sono che dei casi eccezionali di anomalie psico-nervose (ninfomania, ecc.) nei quali la donna diventa intraprendente ed insaziabile anche nei bisogni sessuali.

Vi è certo una variabilità di grado nella sensibilità sessuale delle donne di temperamento diverso (le bionde o castane, grassoccie, a viso ovale, essendo assai meno cupide di amore delle brune, magre, pallide, a mascella angolosa, a grandi occhi neri ecc.).

E per questo bisogna che nel prendere moglie gli uomini si guardino bene: poichè, se per un lavoratore manuale l'uso frequente del coito, che sia richiesto da una moglie sessualmente cupida, può non essere grave danno, lo è certamente per quelli che devono vivere di lavoro intellettuale.

In Italia io ho osservato purtroppo che molti artisti e scienziati, che da giovani promettevano molto, si esauriscono presto, sopratutto per l'abuso del coito — o fuori del matrimonio od anche nel matrimonio, se non han posto attenzione, nella scelta della moglie, a questo che è pure uno dei lati essenziali della vita e se non si persuadono che testicoli e cervello non possono a lungo lavorare contemporaneamente...

II. — L'età e le condizioni sociali possono variare, ma entro limiti ristretti, le necessità sessuali della donna.

Certo ogni donna, per divenire una personalità completa, deve pur avere la soddisfazione degli istinti sessuali, specialmente nell'età giovane, escludendo la precocità od il ritardo senile nei rapporti sessuali.

E quindi la condizione di verginità, esaltata dalla chiesa cattolica (che viceversa, per una contraddizione flagrante ha pure, continuando un culto egiziano, santificato la maternità), la verginità per tutta la vita è una condizione innaturale e dannosa all' individuo come alla specie.

La castità, invece, è sorgente di salute e di energia fisica e morale.

Quanto alle condizioni sociali, è certo che l' obbligo della fatica quotidiana — se non produce uno stato nervoso di « debolezza irritabile » e di eretismo — diminuisce la già scarsa sensibilità sessuale della donna: mentre la vita di ozio più o meno signorile, specie per le suggestioni della fantasia e gli eccitanti afrodisiaci, acutizza tale sensibilità e determina fra le classi agiate e oziose, i fenomeni del *flirt* e dell'adulterio.... sportivo.

III. — L' *aborto criminale* è uno di quei fatti che già Beccaria classificava di « difficile prova ». È quindi impossibile avere la prova *statistica* dell' aumento di procurati aborti.

È tuttavia notorio il fatto della loro aumentata frequenza, specie ne' grandi centri urbani e di taluni paesi dove non soltanto le pratiche malthusiane sono diventate generali (il che è ragionevole e spesso doveroso), ma anche le loro deviazioni, tra cui appunto il procurato aborto. Sicchè l'arte stessa si è impadronita del fenomeno: come, per tutti, dimostra *Fecondité* di Zola, dove le pratiche abortive sono descritte con inesorabile verismo, a non esagerata rappresentazione della realtà quotidiana.

D'altra parte si sa che, per esempio, nell' America del Nord, le donne delle classi agiate tendono sempre più ad evitare i doveri della maternità; onde, per contraccolpo, *anche* le pratiche abortive devono divenire più frequenti.

La causa di questo aumento è, per la maggior parte, *economica* o per eccesso di ricchezza o (assai più) per eccesso di povertà.

Le maggiori difficoltà ed esigenze finanziarie della vita, specie nei centri urbani, tendono a limitare il numero dei figli. Quando le pratiche malthusiane non bastino o non si conoscano, è inevitabile che, per questo scopo economico, si ricorra all'aborto.

Questo però può anche essere causato o da ignoranza igienica o da eccesso di fatiche (ed allora non è procurato aborto).

Anche la volontà di godere la vita senza i sacrifici della maternità è, per le donne ricche, un incentivo al procurato aborto. Onde di questo, per uno od altro lato, la causa principale è economica.

IV. — Quanto ai rimedî contro l'aborto procurato io escluderei anzitutto le condanne penali.

Già io penso, anche in linea di diritto, che l'aborto (diverso dal feticidio e dal parto prematuro e dall' infanticidio) non sia un delitto. Sono i pregiudizi medioevali (specie sull'esistenza dell'anima nel feto umano) che hanno dettato le leggi, altra volta così feroci, contro il procurato aborto, perchè privava la creatura concepita del battesimo redentore. Quando l'embrione umano non ha ancora acquistato fisionomia umana e cioè nelle prime cinque o sei settimane dal concepimento, io credo che la donna, che si procura l'aborto, non commetta un vero e proprio delitto.

Ma anche all' infuori di questa *pregiudiziale*, io credo che pensare di rimediare all' aumento degli aborti colle condanne penali è semplicemente

stupido. Specialmente se si pensa che il 99 per 100 degli aborti restano naturalmente ignorati dalla così detta giustizia penale.

Che poi l'aborto sia un atto immorale — cioè contrario all'utile sociale e della specie — io lo credo.

Credo però anche, che nei paesi di densa popolazione e nelle città di più difficile concorrenza per la vita le pratiche malthusiane siano un beneficio e, in molti casi (sopratutto di malattie ereditarie) un dovere. E, per riflesso quindi, anche l'aborto (cioè la dispersione dell'embrione, che non è ancora feto nè neonato) portando allo stesso effetto di evitare la nascita di una creatura destinata alla miseria economica od alla miseria fisiologica e psichica, può essere, in tali circostanze, ritenuto meno immorale di quanto è di fronte al giuoco naturale e spontaneo delle leggi naturali, che dopo il coito portano il concepimento e dopo questo il parto.

Ma è evidente che, appunto per questo, nello stadio attuale della civiltà un vero e radicale rimedio contro l' aumento degli aborti non ci può essere: poichè esso dipende sopratutto dalla causa economica e questa non potrà essere tolta che in un ordinamento sociale, per cui il diritto alla vita sia veramente garantito ad ogni creatura umana.

Ed allora il « *crescite et multiplicamini* » potrà anche giocondamente realizzarsi.... dacchè la Terra ha ancora spazio per qualche altro miliardo di abitanti, senza contare sulle provvidenze della sintesi chimica alimentare, che suppliranno del tutto, le insufficienze dell'agricoltura e della pastorizia.

Frattanto non ci possono essere che dei palliativi più o meno efficaci, contro la frequenza dell'aborto, come contro la pazzia, il suicidio, il delitto, l'alcoolismo, la prostituzione, ecc.

E in fatto di palliativi.... la lista si può allungare facilmente: dalle misure di polizia sanitaria sulla vendita dei medicinali e sull' esercizio della professione ostetrica sino alle opportune operazioni chirurgiche e sino alla propaganda sui danni organici e psichici dell'aborto.

Il divorzio, oltrechè una riforma urgente per dare alla famiglia un po' più di dignità e di sincerità, sarà anche un preventivo dei procurati aborti ed infanticidii, in tutti i rapidi concepimenti extra-legali, per esempio nei casi di « separazione coniugale » ecc.

Forse la diffusione razionale delle più facili ed igieniche pratiche malthusiane potrà ancora essere uno dei rimedî più utili.

Ma purchè tutto questo non faccia dimenticare che il solo, vero, umano rimedio sarà in quella civiltà superiore, che ad ogni creatura umana assicuri le condizioni di esistenza, in compenso del lavoro quotidiano, manuale od intellettuale, e quindi ad ogni donna e ad ogni uomo consenta la gioconda espansione dell'amore senza lo spettro della miseria o del disonore, e senza il corteo sinistro delle deformazioni o deviazioni della santa maternità.

Roma, 15 gennaio 1908.

ENRICO FERRI.

La risposta d' una Signora

Egregio Professore,

Londra, 8 - 1 - 08.

Sono certa che la sensibilità sessuale della donna è molto più intensa di quella dell'uomo. Osservando le minime raffinate finezze di molte signore, vediamo come sorridenti portano sui cappelli dei veli leggeri che svolazzano al vento ed accarezzano il viso, vediamo la donna al mare che quasi immobile si lascia sfiorare la gola dalle piccole onde, vediamo l' adorazione per quel fruscio di gonne di seta, o per le luci sognanti dei salotti, o quel graffiare del sapone lavandosi le mani od il continuo stuzzicare di una piccola graffiatura su di dito, od il socchiudere degli occhi al suono di un valzer, o l' ornarsi il petto di cardenie acute.

La donna è più delicata: i nervi, la pelle abbisognano di maggiori.... carezze. La sete fisica d'amore va a pari passo, io penso, col morale e quel lavoro di dedizione completa, che così meravigliosamente può fare una donna, non potrà mai essere compiuto da un uomo. La fantasia è femmina ed una donna può eccitarsi, crearsi un sogno tale da raggiungere forme caldissime e pazze di sensualità. In ogni toilette di signora sarà celato un qualcosa che le dà un senso voluttuoso. La parte fisica, ho detto, si sviluppa contemporaneamente col sentimento idealistico; e nella fanciulla, nella giovane donna avremo dei bisogni sensuali nella stessa maniera che il cuore anelerà l'amore più spirituale. La donna che è matura o meglio che è nell' età che cambia, per un puro fenomeno fisico e forse anche per una certa stanchezza psicologica, lascia prendere il sopravvento dalla sete sessuale e credo che in ciò sia insuperabile. Siccome più si è raffinati, più si è depravati o viziosi, così io credo che la donna esperiente e la donna ricca più abituata alla mollezza sieno le più sensuali. La donna vive d' amore e per l'amore, per esso ed in esso è tutta compresa: quindi all'amore meglio si dà e meglio afferra l' amore. Essa non potrebbe (a meno che non appartenesse a.... quelle signore....) fare scempio del fuoco sacro, come fanno quasi sempre gli uomini. La donna ha bisogno di un cuore, ha bisogno di dare e nulla chiedere, ha bisogno d' amare nella forma più alta e complessa. E se pur troppo constatiamo il caso di tristi aborti criminali, la causa prima cerchiamola nel sesso che si dice forte. La donna non è un puro animale bruto, non ama per istinto, e se adora il suo bimbo, è perchè ama il padre della creatura e per lui sopporta le pene e rivive l' amore, in che nasce dall'amore. Ma lasciate sola, abbandonata, la misera donna che non ha più nulla, perchè ha tutto donato, lasciatela col fiele amaro del disinganno e del tradimento, lasciatela a tutte le pene, a tutte le responsabilità..... e..... non condannatela, se sarà capace di commettere il peggiore dei reati. È facile essere onesta e sopportare anche i fenomeni dolorosi cagionati da natura,

quando tutto è pace, armonia, ricchezza, eppure vediamo anche in queste condizioni degli esempi ben tristi, ma arduo è il rimanere forti dove pare regnino la miseria, il dolore, l'onta, il sacrificio!

Se l'idea di un dovere, di un amore fossero più perfettamente inculcati, se la parola di un gentiluomo veramente valesse quanto un « si » detto fra testimoni, se l'educazione morale fosse meglio infusa, i tristi casi non sarebbero così numerosi. Essi dolorosamente aumentano anche causa alle tristi condizioni della donna come madre. Lo stato presente finanziario della societa impone, che anche la donna sia occupata negli uffici e nelle fabbriche. In molti istituti si licenzia la lavoratrice, che è in stato di gravidanza e si rovina quasi la sua posizione. Per primo si devono svegliare le coscienze. Si potrebbero scrivere dei volumi ed anzi io sono in un centro in cui molto vi sarebbe da osservare: si dice che Londra dia argomento ad un ottimo studio del genere.

La mia risposta brevissima, impulsiva è qualcosa di quello che desidera? Se sì, la stampi pure col mio nome.

Frattanto: grazie - bravo. Nel medio evo si difendeva la donna con la spada e lo scudo, oggi con la scienza, ed io come donna le dò il mio plauso più completo. Mi scriva. Per saluto le mani.

Maria Margherita Bianchini - Scherrer.

La risposta di un laureando in medicina.

Rispondendo al I questionario prodotto a pag. 86, del primo numero della *Ginecologia Moderna:*

— Distinguo: esiste una sensibilità sessuale quale stimolo o istinto ed una sensibilità quale modalità di sensazione.

Sia nel 1° che nel 2° significato io trovo pienamente giustificabile il contrasto di opinioni: in primo, per le variazioni di sensibilità sessuale colle varietà d'abitudini, di costituzione, di razza. E così — per un esempio — predominerà nella donna meridionale in rapporto all'uomo nordico, nella bruna in rapporto alla bionda, nella magra in rapporto alla grassa, ecc. ecc. Quando anche si desse la possibilità di un confronto fra due soggetti normali, di stessa razza, fisicamente e intellettualmente equipollenti, io ancora attribuirei loro equipollenza per l'elemento « sensibilità sessuale ».

L'uomo come quello che rappresenta nell'accoppiamento l'elemento attivo, data la sua stessa superiorità fisica, la sua prepotenza morale, la stessa educazione, ecc. ecc. rappresenta in realtà — nei rapporti sessuali — il partito, diremo così, aggressivo. Ma da ciò non possiamo dedurne — a priori — una iperestesia: sempre relativamente parlando.

Una donna, al contrario, anche morbosamente sensuale, cercherà di soffocare i suoi appetiti nel timore di eventuali conseguenze, o per l'inopportunità del momento od anche per minore audacia. Non si dirà che per ciò quella donna sia una ipo anzichè una ipersensuale.

Inoltre, i primi artifici per il soddisfacimento dei primi stimoli assumono a un dipresso la stessa forma e intensità nei due sessi senza che per l'uno in rapporto all'altro si abbiano modalità differenziali di grande carattere. E quand'anche esistessero, io penso che dovrebbero piuttosto attribuirsi a quelle stesse cause, cui io poco prima accennavo e che andrò dicendo, che ad altro fenomeno.

L'uomo, invero, più che la donna sente il bisogno di rispondere subito allo stimolo; ma ciò sempre per il fatto di abitudine e della facilità per lui maggiore. Il che è differente nell'altro sesso, data appunto la formula convenzionale nella moderna società.

La questione, d'altra parte, senza tante considerazioni più o meno filosofiche, credo potrebbe trovare una valutazione soddisfacente nella stessa osservazione e, diciamolo pure, esperienza individuale.... Ebbene, qual giudice potrà pronunciare una sentenza assoluta? Si citeranno dei casi in pro ma se ne avranno dei correlativi in contro; ed una conclusione, come ho detto, mi sembra un po' imbarazzante, se non addirittura impossibile.

In quanto poi alla sensibilità quale modalità di senso, anche qui io non trovo differenza valutabile nei due sessi. Il fatto che nella donna la zona sensuale è meno limitata che nell'uomo non implica il concetto che a tutta prima parrebbe più giustificabile.

La facoltà sensitiva si eguaglia o almeno è simile nei due sessi: madre natura ha dotato la donna di una più ampia zona sensitiva, è vero, ma limitandola nell'uomo in più ristretta, lo compensa con maggiore squisitezza e capacità di senso.

D'altronde per quale fine misterioso madre natura avrebbe nei due sessi favorito l'uno più che l'altro con sproporzione di stimolo e modalità di senso?

Davvero non saprei trovare la risposta. La danno forse l'anatomia e la fisiologia?

* * *

Rispondendo al questionario 3° e 4°:

— L'aumento degli aborti criminali nella presente età in rapporto alle passate è dovuto, indiscutibilmente, a più fattori:

per la facilità di compierlo, dato il numero ognor crescente dei così detti *faiseurs* e *faiseuses d'anges;*

per la più facile promiscuità dei sessi, che naturalmente favorisce gli amori di contrabbando e relative conseguenze;

per la pornografia, che sotto specie di scienza popolarizzata, fa della donna una vestale di Venere fraudolente;

per la conservazione di una cosmesi.... professionale oggimai molto apprezzata e redditizia;

a scopo malthusiano in genere.

— Quali rimedi proporrei contro l'aborto criminale? Il rimedio non mi pare nè difficile nè di gravosa applicazione. In questo modo:

colla legge di ricerca della paternità. L'uomo partecipi alle conseguenze di cui è coefficente, causa e colpa;

le persone dell'arte sieno tenute a riferire tutti i casi d'aborto, sotto la pena di sospensione dal proprio ufficio o sotto imputazione di complicità.

Il codice provveda con pene adeguate.

A. Bauer.

Nel prossimo numero pubblicheremo le risposte di *Cesare Lombroso,* di *Alessandro Clerici,* di *Doléris,* di *Fehling* e altre.

Matteo Oppecini, *Gerente responsabile.*
Stab. Tip. G. B. Marsano, *Corso Buenos Ayres, 21 - Genova.*

Anno I. Aprile 1908. Fasc. 4.

LA GINECOLOGIA MODERNA

Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia

E DI

PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

PARTE I.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Genova

DIRETTO DAL PROF. L. M. BOSSI

L'Azoto Colloidale nell'urine delle donne

durante la gravidanza, il travaglio di parto ed il puerperio

PEL DOTTOR STEFANO REBAUDI, ASSISTENTE

L' organismo umano anche nelle sue più ordinarie condizioni, negli istanti suoi di vita più consueta, più innocua, produce in gran copia sostanze ad alta proprietà tossica, provenienti o dagli intimi processi vitali d' ogni singola cellula o dal tratto gastro-intestinale, ove in abbondanza sviluppansi per processi complicati di fermentazione e putrefazione, e per secrezione dell'abbondante e multiforme flora bacterica là entro annidata e rigogliosamente vegetante. Sostanze tossiche queste che per buona parte entrano nell'organismo, ed accumulandovisi, certo lo saturerebbero per modo da renderne impossibile la vita, se la compage organica non avesse a sua disposizione una mirabile accolita di organi, detti epuratori, ai quali appunto è affidato il compito di svelenizzare di continuo l' organismo, mantenendolo ininterrottamente in quello stato di perfetto equilibrio, che si suple designare volgarmente *stato di perfetta salute*. Produzione di tossici, lavorio epuratore organico formano i due termini perfettamente equilibrantisi dell' intimo processo vitale.

Basta che uno dei due termini per eccesso o per difetto venga in qualche particolare anche lieve ad alterare, a modificare il suo ordinario metodico lavoro per rompere questo perfetto equilibrio: rottura che può essere temporanea, passeggiera affatto, se l' altro termine in modo consentaneo e perfettamente rapportabile modifica di converso la sua azione; oppure può esser duratura ed accentuarsi per fatale conseguenza di giorno in giorno, se l' altro termine, per

cause diverse da indagare, è nella dura impossibilità di accomodarsi alle esigenze novelle. Si rompe allora il perfetto equilibrio di completa salute, compaiono i primi disturbi organici, sintomi iniziali dell'intossicazione (di qualunque origine essa sia), cui è in preda l'organismo. L'organismo, si dice allora, è intossicato.

Così posta la questione, vien da sè il ritenere, che un organismo entra in istato di intossicamento, allorchè si ha un' iperproduzione di sostanze tossiche tale, che gli organi epuratori debbansi dichiarare inetti alla loro completa distruzione ed eliminazione, oppure allorchè, pur rimanendo invariata e quale nella giusta norma la produzione di tossici, sono gli organi epuratori che divengono insufficienti, inetti, a distruggerli, ad eliminarli, a neutralizzarli completamente, come per l'addietro soleva avvenire.

Iperproduzione di tossici non è quindi sinonimo di intossicamento; giacchè tutto il sistema epuratore dell' organismo, coi suoi complessi, svariati e differenziatissimi organi e tessuti, ha tale massa di energie latenti da poter tener fronte con speranza di vittoria ad assalti, ad attacchi di ingenti e baldanzose quantità di tossici diversi. Esaurite le energie latenti, che hanno come salvaguardato l'organismo dall'irruenza primiera, viene in campo grado grado, per adattarsi al nuovo stato di cose, un esaltamento della funzione epurativa, basata sulla ipertrofia e talora anche iperplasia d' ogni singolo tessuto ed organo protettivo epuratore, che varranno ad assicurarci sempre più della vittoria finale dell'organismo sulla temuta intossicazione. È a sperare però che l'iperproduzione di tossici non si protenda e vada troppo per le lunghe, giacchè è inevitabile destino, che un organo costretto a funzionare più di quanto a lui spetta, debba più o meno tardi esser colpito da esaurimento, da fiacchezza, che segna appunto il primo passo, la prima tappa alla veloce, rapida e destruente marcia dell'intossicamento alla conquista completa e rovinosa dell'organismo.

Nel caso si abbia adunque in un organismo iperproduzione di sostanze tossiche, lo si dovrà ritenere in istato di intossicamento solo allorquando, esaurite tutte le energie latenti, raggiunto il maximum di ipertrofia funzionale, cui poteva arrivare il suo sistema protettivo epuratore, ne subentra uno stato di fiacchezza, di esaurimento che conduce alla rapida débâcle organica.

Esiste quindi in ciascun organismo, nel quale per condizioni varie viene ad aversi un'iperproduzione di sostanze tossiche, un periodo pretossico, un periodo di intossicazione latente o che possiamo anche dire di intossicazione in potenziale, che può avere una durata diversa. Infatti la durata di intossicazione latente, sempre nel caso che l'intossicamento sia dovuto ad una iperproduzione di tossici, trovasi in diretto rapporto, è subordinata strettamente alla potenzialità vitale del complesso sistema epuratore organico.

Nel caso ad es. che questo sistema, per circostanze speciali varie ereditate o per condizioni comunque acquisite, si trovasse già munito di fiacche energie latenti od anche ne fosse privo affatto, è

facile l'argomentare che il periodo pretossico sarà breve od anche nullo, sempre strettamente in rapporto alla sua potenzialità vitale, giacchè se minime o tarde sono le energie latenti di cui può fare sfoggio, tardissima, insufficiente e talora trascurabile affatto sarà l'attitudine sua ad ipertrofizzarsi, ad aumentare la sua funzione: un organo stanco, fiacco, allorche è costretto ad un maggior lavoro, si esaurisce piuttosto che ipertrofizzarsi.

Ecco che lo stato di maggiore o minore vitalità, in cui versa per speciali circostanze congenite od acquisite il sistema protettivo epuratore dell' organismo, influisce grandemente sulla comparsa o meno dell' intossicamento e sulla durata del periodo pretossico o d'intossicazione latente.

Ma, se il grande sistema protettivo epuratore, di cui è in potere l'organismo, è costituito da tessuti, da organi che tutti mirano ad un unico e finale scopo, è doveroso far notare, come possa scindersi, differenziarsi in varî distinti sottosistemi, ai quali sono ascritti taluni organi, cui è più strettamente affidata una speciale funzione epuratrice. Così noi abbiamo organi, che più specialmente eliminano sostanze tossiche (sudore, urina, bile, esalazione polmonare, ecc.), altri che distruggono od attenuano, altri ancora che trasformano tossine in sostanze innocue per l'organismo, ecc.

Abbiamo adunque, a far parte del grande e complesso sistema protettivo epuratore organico, uno speciale gruppo di organi importantissimi, devoluto, specializzato sottilmente a distruggere, a trasformare, ad attenuare, a neutralizzare le sostanze tossiche ed anche più specificatamente a dare il tono sufficiente a questa speciale funzione organica. Sistema questo più propriamente nomato *sistema protettivo antitossico*, cui si devono ascrivere importantissimi organi glandulari muniti di cellule endocrine, che vanno dal voluminoso fegato alla tenue ipofisi, al tenuissimo ganglio carotideo. Organi questi, che sebbene pare posseggano ogni singolo (almeno per qualcuno è già stato provato) una specifica azione contro determinati tossici, per modo da avere speciali e ben differenziabili intossicazioni sempre che manca o si rende insufficiente la funzione sua, sono talmente collegati, sono talmente affiatati all'unico nobile scopo, che difficilissimo riesce nelle condizioni normali scinderli perfettamente per la loro finalità di funzione l'uno dall'altro.

È talmente serrata la catena, che tiene avvinte le funzioni loro, che se anche uno di detti organi, a cui sarebbe eventualmente devoluta una speciale azione, non funzionasse o funzionasse insufficientemente, bastano fino ad un certo punto gli altri, se trovansi nella loro piena attività, a riempire, a colmare la mancanza, a mantenere, nelle ordinarie condizioni, l'equilibrio completo di piena salute. E le sue funzioni sono talmente bene sostituite, che anche nel caso di una iperproduzione di quei dati speciali veleni, si riesce talora a mantenere in modo completo un equilibrio di salute: equilibrio certo pericolante molto, nella triste prospettiva di rovinare al minimo intoppo, al minimo incaglio. Studî numerosi anche recen-

tissimi esistono a comprovare il rapporto funzionale esistente fra organi ed organi muniti di funzione antitossica: fra fegato e rene; fra rene, fegato e milza (Bentivegna), fra tiroide e paratiroide, fra capsule surrenali ed apparecchio tiroparatiroideo, fra tiroide ed ipofisi (Cimoroni), fra paratiroidi e rene (Segale), ecc.

Mirabile corrispondenza di funzioni generiche iedentiche, specifiche sino ad un certo punto differenziabili, congiunte tutte al nobile scopo della sanità dell'organismo, la quale, pur trattandosi di tessuti differenziatissimi ed evoluti molto, quali si addimostrano appunto quelli componenti gli organi antitossici, si comprende benissimo come possa avverarsi, allorchè ci facciamo a riflettere, che, se un determinato tessuto, specializzato più sottilmente in una data funzione antitossica, si trova riunito in un organo ben definito, ben delimitato, si possono riscontrare però disseminati in altri tessuti, a proprietà funzionali e morfologiche bene differenziate, alcuni gruppi cellulari aberranti là entro inclusi o come in letargo funzionale, i quali possono benissimo, in determinate circostanze di deficiente o mancata funzionalità del tessuto omologo, che domina nelle condizioni normali la situazione, scuotersi dall' apatia in cui parevano apparentemente vegetare, rivivere alla speciale funzione loro caratteristica, ed ipertrofizzandosi vicariamente riuscire a mantenere un perfetto equilibrio tossi - antitossico. A mò d'es. istologi pazienti hanno rinvenuto tessuto surrenale in organi profondamente diversi; tessuto cromaffino è stato riscontrato pure disseminato entro organi a funzione differentissima, e recentemente Bacura ne ha rinvenuto patenti tracce framezzo al tessuto ovarico.

Speciali adattamenti e risvegli di focolai latenti ed obsoleti di funzioni varie antitossiche, spiegano appunto, come sia difficile cosa avere un intossicamento dell'organismo per la deficiente o mancata funzione d'un singolo organo disintossicante, ma come piuttosto l'intossicazione sia generica per esaurimento dell'intero sistema protettivo antitossico, passando attraverso ad un periodo di intossicazione latente più e meno lungo, munito di caratteristiche speciali, secondo l' estensione e l' importanza delle alterazioni di quel dato organo, e la potenzialità vitale della porzione obsoleta di tessuto ad eguale funzione specifica e di tutto intero il sistema antitossico organico chiamato a supplire vicariamente la mancata funzione d'un suo membro. Entrano qui pure in campo speciali condizioni di minorata potenzialità antitossica generale o localizzata a qualche singolo organo per condizioni congenite ereditate o per condizioni varie acquisite, cui deve annettersi, per quanto riguarda il comparire, l' estrinsecarsi vario e multiforme della intossicazione, una importanza grandissima.

Occorre adunque per la comparsa dell' intossicazione, nel caso venga ad aumentare in un organismo la produzione di veleni, che, non solo un dato organo antitossico sia insufficiente, ma che anche i focolai obsoleti ad eguale funzione antitossica e tutti poi gli altri organi antitossici dell'economia, che tentano di mettere a disposizione

del consociato tutte le loro energie latenti e si ipertrofizzano per azione vicaria, cercando anche nei limiti del possibile di adattarsi alla sua specifica funzione, si facciano in un tempo vario, sempre in correlazione alla differente loro potenzialità vitale, inetti a questo iperlavoro ed a questo voluto e spossante relativo pervertimento di funzione.

La comparsa dell'intossicazione, la sua intensità, la sua durata, sino ad un certo punto le speciali sue caratteristiche, sono in istretto rapporto colla natura e colla quantità dei tossici fabbricati dall' organismo, e colle energie di difesa antitossica di cui esso può disporre, le quali sono in diretta dipendenza dello stato di vitalità degli organi deputati a questa mportantissima funzione.

Una iperproduzione di tossici può svelarci una insufficienza funzionale di tutti detti organi antitossici o di qualcuno in modo speciale: insufficienza fino allora nelle ordinarie condizioni di metabolismo organico rimasta misconosciuta, latente.

* * *

Durante la gravidanza esiste una iperproduzione di tossici: tossici d'origine fetoplacentare (*sinciziotossine* più o meno abbondanti, a maggiore o minore tossicità [Pestolazza]), e tossici d'origine materna, per il turbato ed anomalo metabolismo organico, per disturbi meccanici svariati specialmente gli ultimi mesi, per le turbe gastrointestinali, cui va incontro con tanta frequenza la gravida. Pure iperproduzione di tossici abbiamo nel periodo puerperale postpartum per il turbato, anormale metabolismo della puerpera, l'attivissimo lavorìo di involuzione genitale, ecc.

Occorre quindi che gli organi protettivi epuratori, ed in special modo gli antitossici, esaltino la propria funzione, se si vuole conservare un equilibrio più o meno stabile di perfetta salute. E gli organi protettivi antitossici della gravida, stimolati da questa iperproduzione di sostanze tossiche, seguendo quell'ordine vitale di lotta più sopra rapidamente delineata contro i veleni che minano l' esistenza dell'organismo, spiegano in un primo tempo tutte le forze latenti di cui possono disporre, e poi, siccome la iperproduzione di tossici si mantiene, anzi si esalta grado grado, cominciano lentamente e progressivamente ad ipertrofizzarsi, per modo da arrivare nelle ordinarie condizioni a raggiungere e mantenere un completo e totale equilibrio fra iperproduzione di tossine ed iperattività antitossica. Fu dimostrato infatti durante la gravidanza un'ipertrofia funzionale della tiroide (Heidenreich, Lange e molti altri, essendo di comune e grossolana constatazione), dell' ipofisi (Comte, Launois e Mulon, Guerrini, Morandi, Cigheri, ecc.), delle capsule surrenali (Guieysse, ecc.), delle paratiroidi (Vassale, Zanfrognini, Pepere, ecc.), delle isole di Langherans del pancreas (Pepere) ecc.. che si appalesa spesso con un aumento di peso e di volume di ciascun organo, ed all' esame microscopico, il più delle volte, con l' esagerarsi delle qualità cromatofile dei singoli elementi cellulari, e, dove ciò è possibile,

nella ipofisi ad es., con vere modificazioni morfologiche delle cellule e costantemente coll'aumento dei prodotti di secrezione.

Nella gravidanza quindi che decorre normalmente non si può parlare di vera intossicazione in atto, poichè perfetto e completo riesce l'equilibrio fra iperproduzione di tossici e poteri organici neutralizzanti; potremo solamente dire che, avendo gli organi antitossici esagerate le proprie funzioni sino a tal punto da arrivar quasi ad esaurirsi, mettono l'organismo in uno stato di minorata resistenza, di deficienza funzionale antitossica latente, tanto più spiccata, quanto più si prolunga il periodo di aumentata produzione tossica gravidica. L'organismo della gravida normale, specialmente durante l'ultimo mese, si trova in uno stato pretossico o di intossicazione gravidica latente tale, che intossicazione vera, pur anche coi suoi sintomi i più benigni, vediamo entrare in campo tutte le volte, che, a causa di un'iperproduzione di tossici, quale si può avere per disturbi gastro-intestinali acuti, o per il sopraggiungere della periodica immissione in circolo dei veleni ovarici, o per un semplice raffreddamento, ecc., viene ad accrescersi, più o meno rapidamente, il lavoro ad organi, che, per l'aumentata e spossante iperfunzione, si trovano impossibilitati a reagire con eguale prontezza e sicurezza d'azione; donde appunto un accumulo abnorme di veleni nell'organismo e l'esplodere del quadro clinico dell'intossicazione gravidica.

Che se poi questo sistema antitossico dispone di poca energia latente, di poca resistenza, e si trova nella impossibilità di poter adeguatamente aumentare le proprie funzioni, ipertrofizzandosi grado grado, a motivo di speciali condizioni congenite od acquisite, fin dai primi momenti l'equilibrio si stabilirà incerto, vacillante: la gravidanza procede, aumentano progressivamente i tossici, cui invano fanno fronte le deficienti energie antitossiche dell'organismo ed allora ecco comparire i primi fenomeni dell'accumulo abnorme di veleni nell'organismo, dell'intossicazione (malessere indefinibile, stanchezza generale, cefalalgia, nausee, ecc. ecc.), che può continuarsi per vario tempo con questa tenue sintomatologia clinica, se il detto equilibrio sebbene vacillante molto e sempre più instabile riesce a mantenersi entro limiti tollerabili, oppure può grado grado con una progressiva e fatale marcia ascendente aumentare di gravità fino a raggiungere il completo stato eclampsico (accompagnato o no da sindrome convulsivante) che ne è come la sintesi, l'acme suprema. Stato eclampsico, che, in questo precario ed instabilissimo equilibrio tossi-disintossicante dell'organismo, può insorgere anche acutamente, se un colpo subitaneo (maggior produzione di veleni intestinali, intossicazione catameniale ovarica, immissione in circolo di sostanze tossiche dall'esterno, repentino raffreddamento, ecc., ecc.) viene a scomporre bruscamente la parvenza di equilibrio tuttora esistente.

Potrebbe darsi che solamente un dato organo antitossico, a determinata funzione specifica, si trovasse, per condizioni congenite od acquisite, in istato di minima o nulla potenzialità funzionale: allora istituendosi una gravidanza, con la sua indispensabile iper-

produzione di tossici, mentre gli altri organi riescono, con l' esplicazione di loro sufficienti energie latenti e con la loro ipertrofica funzione, a mantenere un completo equilibrio tossi - antitossico, questo solo insufficiente, dovrebbe portare ad una intossicazione speciale, appunto da riportarsi esclusivamente alla sua mancata specifica azione, se non intervenissero tutti gli altri componenti il sistema protettivo antitossico, per quella corrispondenza di funzione già sopra accennata, ed anche quei gruppi cellulari ad identica costituzione morfologica e ad eguale proprietà funzionale, rimasti sino ad allora obsoleti fra mezzo a tessuti estranei, i quali tutti non ne supplissero la sua mancata od insufficiente azione.

In tale caso ogni cosa può decorrere normalmente, salvo ad avere, come conseguenza inevitabile, un più facile esaurimento di tutto il sistema protettivo antitossico, costretto ad un' iper e ad un pervertimento relativo di funzione, e sopratutto una più spiccata deficienza di quella speciale funzione antitossica; donde si spiega la facilità con cui può sorgere, specialmente in un primo tempo, una insufficienza parziale coi caratteri specifici appunto di quel dato organo deficiente (stato convulsivante, stato soporoso, ecc.), e poi in un periodo finale una intossicazione completa, per insufficienza di tutto il sistema protettivo antitossico organico, in cui però ancora vediamo tenere il campo determinati sintomi, che potrebbero sino ad un certo punto rapportarsi alla mancata funzione di quel determinato organo antitossico.

Vediamo adunque, come le condizioni organiche pregravidiche di tutto il sistema protettivo antitossico o di qualcuno dei suoi organi costituenti a speciale azione antitossica, su cui influiscono grandemente circostanze congenite od acquisite anche sconosciute, abbiano una grandissima importanza sulla comparsa, sulla gravità e sulla diversa sintomatologia dell'intossicazione gravidica; e come l'iperproduzione di tossici durante l'intero stato puerperale possa svelarci una insufficienza latente di tutto il sistema protettivo anti tossico o d'un suo organo costituente.

Certo che con questo non vogliamo sminuire l' importanza, che possono avere la diversa quantità, la diversa natura, la diversa tossicità dei veleni producentesi durante l'intero stato puerperale; chè anzi queste possibili evenienze, collegate alla deficiente funzione pregravidica di tutto il sistema protettivo antitossico o d'un organo suo a specifica funzione antitossica, possono viemeglio delucidare alcuni stati d'intossicazione gravidica a sintomatologia strana, oscura molto.

* * *

Il fegato è un organo glandulare, cui fra l'altre sue importantissime funzioni, compete sopratutto un' alta azione antitossica, come hanno dimostrato M. Schiff ed F. Lussana pei veleni organici, Orfila per quelli minerali; ed in seguito Heger, Leuthenbach, Bouchard, René, Roger, Queirolo, Iaques, Boix ed altri ancora

per diverse sostanze tossiche di origine svariatissima. Verità questa che dovette balzare assai precocemente alla mente di osservatori oculati, quando si pensi che un apparecchio glandulare così voluminoso, così complicato nella sua intima struttura, così ricco di elementi, e che per la sua speciale posizione topografica viene attraversato da un cumulo enorme di tossici diversi, non poteva avere il solo ufficio di secernere 800 gr. di bile al giorno: funzione questa secondaria, come giustamente osserva Luciani, sapendo che la minuscola glandola parotide è capace di secernere sino a 1000 gr. di succo nelle 24 ore.

Il fegato quindi, per questa sua proprietà, entra a far parte del complesso sistema protettivo antitossico, di cui anzi, per la potenzialità sua d'azione, i diversi meccanismi esplicantesi differentemente su svariati veleni, è organo costituente importantissimo, essenziale. Al fegato adunque possono essere in special modo rapportate le argomentazioni che più sopra siamo andati facendo a riguardo di iperproduzione di tossici (ad es. tossici gravidici) e reazione organica antitossica. Ed infatti, sino dal primo affermarsi nella scienza delle nuove vedute sulla iperproduzione di tossici in gravidanza, si pensò, che potesse essere ascritto esclusivamente ad insufficiente funzione antitossica epatica, lo scoppio di fenomeni di auto-intossicazione gravidica e quindi dello stato eclampsico. Teoria epatica dell'eclampsia, che se al presente ha scarsi seguaci, ne trova numerosi e valentissimi, se in omaggio alla corrispondenza ed allo stretto rapporto di lavoro vicario antitossico, noi colleghiamo alla funzione epatica la funzione renale, che come è ampiamente dimostrato, si mantengono sempre in una mirabile intesa. Teoria epato-renale dell'eclampsia, che per noi non ha altro difetto se non quello di essere troppo restrittiva, troppo nettamente delimitata, giacchè, se pensiamo che fegato e rene fanno parte di tutto un complesso sistema antitossico, al quale debbonsi ascrivere altri tessuti, altri organi, bensì più piccoli, ma non meno importanti, ci si potrà convincere, come sia improprio imputare unicamente ad insufficiente o mancata funzione di questi due organi, lo svolgersi di una intossicazione gravidica, che invece, come più sopra in rapidi cenni ho tracciato, è più razionale ritenere sia la logica conseguenza della insufficiente funzione di tutto intero il sistema protettivo antitossico dell'organismo.

Come si disse, potrà prevalere nello svolgimento clinico di questa intossicazione, un complesso di sintomi piuttosto che un altro, a seconda della natura dei veleni gravidici ed a seconda che insufficiente si possa essere specialmente addimostrato quello o quell'altro tessuto od organo a specifica azione antitossica: così può aversi una intossicazione a tipo convulsivante, se specialmente insufficiente si è mostrato l'apparecchio paratiroideo; a tipo depressivo, se in ispecial modo insufficiente si addimostra il fegato, come appunto riscontrasi nell'atrofia gialla acuta in gravidanza.

Non per questo però è minuita l'importanza dello studio del

fegato durante lo stato puerperale, che pure è argomento del più alto interesse e della più grande considerazione.

***

Del fegato durante l'intero stato puerperale possiamo studiare le modificazioni anatomiche macro e microscopiche, ed il comportamento delle diverse sue funzioni, direttamente esperimentando sul tessuto epatico ritolto a periodi svariati dello stato puerperale, oppure su prodotti del suo ricambio vitale, quali si possono avere usufruendo le scorie emesse dall'organismo.

Tarnier in donne morte di infezione puerperale riscontrò il fegato aumentato di peso e di volume, con la superficie di taglio a colorito non uniforme, disseminata di numerose macchioline gialle, talora confluenti a dare chiazze più grandi, più appariscenti; ove all'esame microscopico si notavano gli elementi cellulari ricolmi di gocciole di grasso. Da questo reperto ne trasse, come conclusione generale, che il fegato in gravidanza aumenta di peso e di volume e si trova in preda a diffusa degenerazione grassa. Conclusioni queste combattute energicamente da Bouffe de Saint Blaise, il quale, non avendo mai osservato in fegati di animali gravidi, nè di donne morte per eclampsia, accumulo di grasso endocellulare, concluse che il processo degenerativo epatico, riscontrato da Tarnier, era dovuto unicamente all'infezione puerperale che aveva condotto quelle donne all'anatomo-patologo.

Parecchi anni dopo Miotti, esperimentando su cavie gravide, riscontrò la presenza di grasso entro le cellule epatiche in maggiore o minore quantità, a seconda dell'epoca di gravidanza: grasso che non deve ritenersi da degenerazione, poichè mai riuscì a cogliere nelle cellule stesse ripiene di grasso o nelle vicine alcun segno degenerativo evidente. Viola, Valdagni, che riscontrarono pure goccioline adipose entro le cellule epatiche durante la gravidanza, ritengono che detto non sia d'origine regressiva, ma che si accumuli là dentro per far fronte ai bisogni dell'allattamento e dell' accrescimento del feto.

L'anno scorso Guglielmi ha dimostrato, conducendo le sue esperienze su coniglie, che il fegato, specialmente durante la seconda metà della gestazione, va incontro ad aumento di peso (fatto anche provato da Valdagni per le cavie) e di volume, a causa di un'ipertrofia del connettivo interlobulare e sopratutto delle singole cellule epatiche, che si dimostrano infatti all' esame microscopico di dimensioni maggiori della norma e ripiene di goccioline di grasso: grasso che può escludersi sia d'origine degenerativa, giacchè non riescì mai a dimostrare in questi fegati profonde alterazioni cellulari. Con opportuni procedimenti chimici volle anche dosare la quantità di grasso entro questi fegati contenuta, che si addimostrò sempre superiore alla norma, raggiungendo un maximum a termine di gravidanza.

De Sinety e recentemente Vitry riscontrarono la presenza di

numerosissime goccioline di grasso incluse entro le cellule epatiche di animali durante il periodo d'allattamento.

Ricerche anatomiche queste, che se sono della massima importanza, in quanto portano un valido ed indispensabile contributo alla fisiopatologia del fegato durante il periodo puerperale ed in quanto ci stanno a dire che v' è un fondamento anatomico alle mutate condizioni funzionali del fegato durante questo burrascoso periodo sessuale della donna, certo lieve valido sussidio possono arrecare dal lato clinico-pratico, ove sopratutto ci interessa conoscere la maniera con cui il fegato adempie alle sue funzioni. È per questo che noi troviamo una ben più numerosa serie di lavori, nei quali, usufruendo di varì metodi, si è venuto studiando il comportamento delle svariate funzioni della cellula epatica durante i vari periodi dello stato puerperale.

Il fegato, oltre al possedere un'alta funzione antitossica contro veleni diversi d'origine esogena ed endogena, di cui già sopra abbiamo fatto parola, fabbrica la bile, è il principale fucinatore del glicogene e dell'urea nell'organismo, prende parte non piccola alla fabbricazione del grasso. Lo studio adunque durante lo stato puerperale di tutte queste sue proprietà funzionali o di una qualunque, giacchè tutte queste funzioni sinergicamente vengono esplicandosi, è di grande importanza clinico-pratica, in quanto ci può dire con quale somma di energie, con quali modalità la cellula epatica ottempera al suo mandato.

Possediamo numerosi metodi di ricerca per l'esame della funzionalità epatica, i quali riguardano piuttosto una che un'altra funzione propria dell' elemento nobile. Si basano sullo studio di materiali escreti ed eliminati dall'organismo, in ispecial modo per l'urina, di cui seguono le variazioni dei suoi costituenti normali, da potersi rapportare a lesa funzione epatica, o la comparsa di costituenti abnormi, sia spontanea, che dopo la somministrazione di speciali sostanze, che dovrebbero esser utilizzate o trasformate nel fegato.

Ritenuto che il fegato è il principale focolaio di produzione dell'urea nell'organismo (Cyon, Richet) si pensò che fosse un ottimo mezzo, per l'esame della funzionalità epatica, il dosaggio dell' urea nell'urine; ed infatti fu riscontrato da alcuni ricercatori che l' urea nell'urine aumenta o diminuisce a seconda che aumenta o diminuisce l' attività funzionale del fegato. Esperienze e conclusioni queste contradette da successivi oculati esperimentatori, quali Mörner e Sjökvist, von Noorden, Friedrichsen, Rehn, Fränkel, Perls Rosenheim, Münzer, che riscontrarono in svariatissime gravi alterazioni del fegato, messe pure in evidenza dalla successiva necroscopia, quantità pressochè normali di urea eliminata.

Si volle vedere una misura dell'attività funzionale della cellula epatica nella valutazione dell' Azoto totale in rapporto all' azoto

ureico urinario. Questo dato però, per quanto si riflette alla sua valutazione nell'urina, non ha alcun valore, perchè un rene sano non lascia passare le sostanze intermedie del ricambio dell'albumina, che si possono trovare invece in circolo, per cui questa prova potrebbe avere un valore se condotta sul sangue.

Eguale critica si può muovere alla prova della tossicita urinaria col metodo Bouchard, ritenuta indice della potenzialità di funzione antitossica del fegato.

Un altro metodo, che è stato posto in campo per la valutazione della funzionalità epatica, è il dosaggio dell'ammoniaca nelle urine. Si disse che in caso di malattie epatiche l'Azoto ammoniacale in rapporto all' Azoto totale, che nelle condizioni normali oscilla dal 2 al 5 $^{0}/_{0}$ aumenta del doppio, del triplo, del quadruplo e raggiunge cifre altissime nell'atrofia giallo acuta. E su queste ricerche si fonda la prova dell'ammoniuria sperimentale: prova però che, come hanno ancora dimostrato le recenti ricerche di De Rossi, è insufficiente affatto per l'esame della funzionalità epatica.

Un'altra indagine è quella del bleu di metilene che, allorquando il fegato funziona bene, passa continuamente nell'urine; se invece il fegato è alterato, secondo le osservazioni di Chauffard, Cavasse e Castaigne, presenta delle intermittenze nella sua eliminazione. Metodo che, dopo le ricerche di Vitali ed altri ancora, dalle quali risulta che l'eliminazione del bleu di metilene è ciclica, anzi policiclica anche nelle persone sane, ha perduto della sua primitiva importanza. Del resto la prova del bleu di metilene è troppo strettamente legata alla funzione renale, per poterne trarre conclusioni probative, per quanto riguarda le condizioni di lesa funzione epatica.

V' è poi la prova dell'urobilinuria, che secondo alcuni (Hayem, Maragliano, ecc.), avrebbe un certo valore nella determinazione dello stato di funzionalità epatica, secondo altri (Mya, Viglezio, Giarré, Murri, Bargellini, Vitali, ecc.), non avrebbe alcun valore e starebbe piuttosto ad indicarci un'alterazione nel circolo portale.

Un altro dato di lesa funzionalità epatica sarebbe l'indacanuria, poichè la quantità dell'indacano nell'urina aumenta tutte le volte che il fegato non esercita normalmente la sua funzione (Gilbert e Weil, Rabaioli, ecc.). E' questo però un dato molto elastico e può esser messo in rapporto ad altre circostanze concomitanti.

Un'altra indagine molto importante, per lo studio della funzionalità epatica, è la ricerca del modo come si comporta la funzione sua glicogenetica.

Gli studi su questo argomento rimontano alle classiche esperienze di C. Bernard sulla funzione glicogenetica del fegato. Da allora passarono diversi anni e veniamo fino al 1875, in cui il Colrat pensò di utilizzare questo speciale attributo della cellula epatica per lo studio della funzionalità del fegato; e sorse così la prova della glicosuria alimentare per mezzo del glucosio, che tenne il campo fino a questi ultimi anni, ma che omai non ha

più ragione di esistere; giacchè è luminosamente provato che nell'organismo umano si trovano oltre al fegato degli altri focolai addetti alla trasformazione del glucosio in glicogeno. Dopo che gli studi accuratissimi di Sachs, Strauss, Sehrt, ecc. hanno dimostrato, che il parenchima epatico solo possiede la proprietà di trasformare il levulosio in glicogeno, sorse la prova della glicosuria alimentare per mezzo del levulosio, che se condotta colle norme e le cautele da me indicate in un lavoro pubblicato nella Clinica Medica Italiana del 1905, si addimostrerà la reazione più fine e più squisita che finora possediamo per rilevare i disturbi funzionali anche lievi della cellula epatica.

***

Come risulta da questa rapida rassegna, se molti sono i metodi ideati per l'esame delle varie funzioni proprie della cellula epatica, solo quello della levolosuria alimentare ha potuto reggere sinora alle critiche mosse dai vari autori. Ciò sta a dimostrare che per i rapporti così intimi, che funzionalmente legano il fegato ad altri organi dell'economia, difficilissimo riesce poter differenziare nettamente, con un metodo d'esame clinico, una data sua funzione al punto da poterne trarre dati probativi. Se questo è nelle condizioni fisiologiche o di poco modificate dalla norma, si deve pensare a maggior ragione debba essere durante lo stato puerperale, in cui abbiamo un ambiente organico profondamente modificato. Dovremo quindi condurre tutte le varie ricerche proposte; solo allora, confrontando i vari reperti ottenuti, potremo trarre qualche conclusione probativa.

Tutti questi metodi furono esperimentati da ricercatori diversi durante i vari periodi dello stato puerperale.

In gravidanza fu riscontrata da molti sperimentatori (Massen, Ludwig, Sene, Keller, Merletti, Cerruti, Klemmer, Zacharjewsky, Davis, Polimanti e Sapelli, Boni, ecc.), una diminuzione progressiva sebbene in termini molto lati, del quantitativo d'urea, con un contemporaneo aumento delle uree incomplete e dell'acido urico, mentre altri avrebbero avuto dei valori immutati dalla norma (Vinckel e Veit, Vecchi, ecc.), ed altri ancora dei valori superiori alla norma (Quinquaud, Cioia, Valdagni, ecc.).

Dagli studi di Boni risulta che l'acido urico e le basi puriniche durante lo stato puerperale si trovano in quantità pressochè normale, presentando solamente lievi oscillazioni a termine di gravidanza ed in puerperio.

Dagli studi accurati di Helouin appare che il rapporto azotoureico va aumentando durante la gravidanza. Anche Boni ha sempre riscontrato cifre abbastanza elevate.

Laulanié e Chambrelent, Chambrelent e Dumont per i primi fecero notare che il potere urotossico delle urine è diminuito nelle gravide, fatto confermato dai lavori ultimi di Labadie-Legrave, Boix e Noè, donde risulta che detta diminuzione, minima nei

primi mesi andrebbe accentuandosi col progredire della gravidanza per poi tornare allo stato normale una volta espletato il parto. Però proporzionalmente alla diminuzione della tossicità delle urine è stato riscontrato un aumento della tossicità del siero di sangue.

Mariani ha dimostrato come negli ultimi mesi di gravidanza si elimini una quantità di sali ammoniacali maggiore che fuori di gestazione, nelle primipare più che nelle pluripare: quantità che cresce ancora durante il travaglio di parto e nella prima settimana di puerperio, in cui raggiunge il grado massimo.

Potoki, Bar Menù e Mercier, Bertino hanno studiato come si comporta l'eliminazione del bleu di metilene durante lo stato puerperiale, senza poter venire però a conclusioni ben definite, giacchè si hanno oscillazioni diverse da individuo ad individuo e per circostanze non ancora note.

Ferrari, Merletti avrebbero costantemente riscontrato nell'urine delle gravide un aumento di urobilina sino a raggiungere il doppio ed anche il triplo della norma a termine di gravidanza; invece dalla esperienze di Vecchi risulterebbe che l'urobilina in gravidanza si mantiene in quantità normale, anzi talora si riscontra leggermente diminuita.

L'indacano fu sempre riscontrato presente, anzi talora in discreta quantità nell'urine delle gravide e delle puerpere (Pinzani, Liscia e Passigli, Olive, De Maldé, Vecchi, ecc.).

Per quanto si riferisce alla funzione glicogenetica del fegato in gravidanza ed alla prova della glicosuria alimentare, diremo che gli sperimentatori, che ebbero ad occuparsi di questo argomento, non ultimo il Vecchi, riscontrarono che la proprietà dell'organismo ad utilizzare e bruciare il glucosio è molto diminuita in gravidanza e va appunto accentuandosi col graduale suo progredire, per modo che nell'ultimo mese bastano 15-12 gr. di glucosio ingerito per provocare la comparsa di zucchero nelle urine. Ripresi questi studi più di recente, colla somministrazione del levulosio, Schroeder riscontrò, che occorrevano invero, durante lo stato puerperale minori quantità di levulosio per determinare la comparsa di zucchero nelle urine.

Da tutte queste ricerche, di cui la più probativa è la prova della levulosuria alimentare, si sarebbe tratti a concludere, come infatti molti ritengono, che il fegato in gravidanza sia insufficiente alle varie sue funzioni. Conclusione che per ora accettiamo circondandoci però delle massime riserve.

L'urea per la massima parte degli studiosi diminuisce in gravidanza. Ora, avendo presente che l'urea, all'infuori del fegato, può formarsi in altri tessuti organici, una diminuzione sua in termini molto modesti, quale abbiamo appunto in gravidanza, ove per giunta il rapporto azotoureico non è alterato, si potrebbe piuttosto imputare al rallentato metabolismo organico della gravida (Charrin, Guillemonat, Levaditi, Keller, ecc.).

Minima importanza, quale prova della funzione epatica, può

avere lo studio della tossicità delle urine e dell'eliminazione del bleu di metilene durante la gravidanza, giacchè queste prove sono troppo direttamente sotto la dipendenza del rene, che nello stato gravidico si sa con quale frequenza e con quale facilità vada incontro a turbe di diversa origine e diversa natura.

L'indacanuria in gravidanza non può avere alcun valore, quale indizio di insufficiente funzione epatica, giacchè ci sta piuttosto a rappresentare l'anormale funzionamento del tubo gastro-intestinale.

La glicosuria alimentare in gravidanza piuttosto che l'insufficienza funzionale glicogenetica del fegato ci sta a rappresentare il grado o meno di saturazione dell'organismo con ricambio rallentato per gli idrati di carbonio.

Il fatto poi, che occorre minor quantità di levulosio per determinare la comparsa di zucchero nell'urine, si deve interpretare non già come la conseguenza diretta d'una insufficiente funzione glicogenetica della cellula epatica, ma sibbene come l'espressione dello stato di ipersaturazione glicogenetica del fegato, il quale giunto, verso gli ultimi mesi di gravidanza, all'acme di sua potenzialità glicogenetica non può più oltre o molto debolmente forzare le sue energie funzionali. Infatti dai dati sperimentali di Charrin e Guillemonat, Burlando, Opocher risulta chiaramente dimostrato, che nel fegato di animali gravidi si trova un aumento di glicogeno, che raggiunge il suo maximum a termine di gravidanza. È quindi erroneo ritenere in tali circostanze insufficiente il fegato alla sua funzione glicogenetica, come è erroneo dire insufficiente un motore, se costrutto per dare un rendimento di 50 kgrm. di forza all'ora, da esso si pretende lo sviluppo nello stesso tempo di 75 kgrm. di forza.

L'aumento del glicogeno epatico durante la gravidanza, riscotrato da Charrin e Guillemonat, Burlando, Opocher, ci viene a dimostrare, basandoci sulle interessanti ricerche di Roger, Bouchard, Colla, D'Amato, dalle quali risulta lo stretto rapporto che esiste fra quantità di glicogeno epatico e potere antitossico del fegato, che in gravidanza il potera antitossico del fegato è aumentato e va crescendo man mano col progredire della gestazione sino a raggiungere un maximum al suo termine normale.

Durante il puerperio, specialmente se si fa l'allattamento, si riscontra, per concorde assentire di tutti gli studiosi, che s'occuparono di questo argomento, una diminuzione del quantitativo giornaliero di urea eliminata per le urine e del coefficiente azoturico, e poi ancora urobilinuria in termini molto limitati, indacanuria, diminuzione costante del contenuto in glicogene del fegato, cui viene come conseguenza diretta la diminuita potenzialità antitossica del tessuto epatico. La prova della glicosuria e della levulosuria alimentare parlano per una deficiente funzione glicogenetica epatica.

(Continua).

RECENSIONI.

Dott. Prof. A. Bertino: *Osservazioni cliniche e ricerche ematologiche in alcuni casi di grave anemia puerperale.* — (Annali di Ost. e Gin. - Ottobre 1907. N. 10).

Dallo studio e dalle ricerche condotte su 27 casi di anemia puerperale, l'*A.* viene alle conclusioni seguenti:

1.°) La gravidanza, specialmente se ripetuta a brevi intervalli, colle diverse fasi che ad essa succedono (parto, puerperio, allattamento), costituisce una causa predisponente di primo ordine per l'insorgenza di stati anemici, e per l'accentuazione di anemie preesistenti.

2.°) Quasi tutte le donne venute a soccombere per anemia perniciosa progressiva, avevano avuto dei precedenti anemici, sia in relazione con gravidanze pregresse, sia indipendentemente da queste.

3.°) Deve esistere inoltre una causa specifica, finora ignota, legata a condizioni speciali del clima e del suolo, che ci spiega la grande frequenza delle forme gravi di anemia in due dei circondari della provincia di Parma.

4.°) Per giudicare della gravità della forma morbosa hanno ancora il maggior valore le alterazioni morfologiche del sangue (poichilocitosi, policromatofilia, eritrobasti, globuli rossi immaturi, ecc., ed il tasso emoglubinico). Facendo tesoro del reperto ematologico e dell'esperienza clinica, è possibile, nel maggior numero dei casi, stabilire precocemente la diagnosi.

5.°) E' frequente nel decorso dell'anemia perniciosa progressiva la comparsa di tumore splenico, che può già essere riscontrato in gravidanza e che si accentua nel puerperio.

6.°) La cura medica dà scarsi resultati se non è intrapresa molto per tempo e praticata energicamente. I migliori resultati si ottengono colle iniezioni endovenose di preparati arsenicali e ferruginosi.

7.°) L'interruzione della gravidanza nei casi di anemia profonda, deve sempre esser associata alla cura medica, ed essa va praticata con una certa larghezza, ricordando che spesso il miglioramento indotto dalla cura medica, non rappresenta che una tregua passeggera nel decorso del morbo. *Rebaudi.*

Dott. F. Valtorta: *Timo ed ovaia* — (Annali di Ostetr. e Ginecol. - Ottobre 1907. N. 10).

In una breve nota preventiva l'*A*, sinteticamente espone i resultati cui è finora arrivato collo studio nei conigli del modo di comportarsi delle ovaia dopo l'asportazione del timo e viceversa del timo dopo l'ovariectomia bilaterale.

I. — Togliendo completamente il timo a giovani coniglie notasi una diminuizione nel volume dell'ovaia non preceduta da aumento passeggero dell'organo.

II. — Togliendo le ovaia si osserverebbe nel timo un certo ritardo della involuzione.

Continua per altro su larga scala le ricerche relative all'argomento, di cui spera al più presto dare ampio referto. *Rebaudi.*

Dott. Prof. E. Alfieri: *Dei pessarii endouterini ed in particolare del tubetto endouterino di Petit.* — (Annali di Ost. e Gin. - Ottobre 1907. N. 10).

Dopo una critica accuratissima e paziente dei numerosi pessarii endouterini proposti ed usati dai vari autori, viene alla conclusione che il pessario endouterino, a torto da molti dimenticato e negletto, debba figurare con onore nell'armamentario dello specialista ginecologo. Giacchè, avendo solo bisogno di una sorveglianza un pò diligente e di poche precauzioni, che sono però dote esclusiva del ginecologo vero e non già di qualunque medico pratico, spesso evita ripetute e seccanti se-

dute di cateterismi, di tamponamenti o di dilatazioni; nella grande maggioranza dei casi completa ed assicura la dilatazione ed il raddrizzamento, ottenuti con mezzi cruenti od incruenti; quasi sempre sostituisce un trattamento semplice, ed ormai quasi innocuo, ad interventi operativi di una certa gravità; ed in ultima analisi non dà resultati inferiori alla media di quelli ottenuti colle altre cure oggi più in auge. *Rebaudi.*

DOTT. PROF. E. SANTI: *Sull'azione che colture e tossine esercitano sul processo biologico dell'involuzione uterina.* — (Annali di Ostetr. e Ginec. - Ottobre 1907, N. 10).

Il processo involutivo puerperale dell'utero, come resulta da studi recentissimi, deve considerarsi quale l'effetto di speciali attività cellulari proprie della cellula uterina sopratutto esaltate in questo periodo, attività che noi possiamo desumere dal modo di comportarsi del suo potere lipolitico, ossidante e specie autolitico. Nelle donne che sono in preda a processi settici locali o generali la detta involuzione puerperale dell'utero procede lentamente ed in modo incompleto.

Ora l'*A.* partendo da questi due fatti noti, per mezzo di una serie di accurate ricerche condotte in vitro, riuscì a provare che il comportamento degli stessi fattori biologici, i quali spiegano l'involuzione uterina normale, ci dà la spiegazione del come il processo involutivo puerperale dell'utero, in caso di processi infettivi diversi, subisca alterazione profonda.

Giacchè ha egli riscontrato:

I. — che mescolando una coltura ad un estratto di utero puerperale i processi autolitici ne rimangono ostacolati;

II. — che le attività proteolitiche sono ostacolate in proporzione della maggior vitalità della coltura;

III. — che l'azione, diremo così, ostacolante del processo autolitico spetta essenzialmente alla tossina, che dalla coltura si può isolare;

IV. — che tutte le tossine prese in esame, derivate da streptococchi, stafilococchi, bacilli del tetano e della difterite, sebbene in grado differente, esplicano la stessa azione, e che questa azione è proporzionata al grado di tossicità della tossina;

V. — che di uguale azione ostacolante non godono gli agenti ed i prodotti della putrefazione. *Rebaudi.*

DOTT. PROF. T. SOLI: *Ricerche comparative sul potere emolitico del siero di sangue materno e fetale.* — (Annali di Ost. e Gin. - Ottobre 1907. N. 10).

Dalle presenti ricerche resulta che il siero materno, inattivato, mantenendolo circa mezz'ora a 55° C., fu costantemente suscettibile di riattivazione con opportuna aggiunta di siero fresco di coniglio. *Nessuna modificazione qualitativa si avrebbe quindi nel contenuto di lisine del siero di sangue della donna per influenza della gravidanza e del travaglio di parto* e il suo contenuto di ambocettori e di complementi rimarrebbe invariato, come inalterate rimarrebbero le proprietà di questi: termolabilità del complemento e termostabilità dell'ambocettore.

Il siero fetale invece, pur rendendosi inattivo sottoposto ad opportuno riscaldamento, non fu costantemente suscettibile di riattivazione con l'aggiunta di opportune quantità di siero fresco di coniglio; ed alcune volte non si riattivò affatto, altre scarsamente: e questo a preferenza nei feti molto prematuri.

Il che induce l'*A.* a supporre *l'esistenza d'una differenza qualitativa* « oltre che quantitativa (Polano) » *fra l'intermediario materno e quello fetale.* Dato presuntivo questo per ritenere possa aversi una certa indipendenza e personalità di vita organica del feto entro la cavità uterina. *Rebaudi.*

PARTE II.

PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

Istituto di Medicina Legale dell' Università di Torino

DIRETTO DAL PROF. CARRARA

Sulla possibilità di una fecondazione in donne avanzate d'età

STUDIO MEDICO-LEGALE

PER IL

DOTT. CAMILLO TOVO, *Assistente*

Fra i quesiti di ostetricia forense che possono essere sottoposti ad un giudizio peritale vi è quello della possibilità per donne, che hanno raggiunto una certa età, di avere ancora prole. Le questioni che danno origine a questi giudizi sono generalmente questioni di interessi economici cioè di petizione di eredità che devono andare ad una prole nascitura, la possibilità della quale si vuole dalle parti interessate contestare.

Però le deduzioni che potranno emergere dalla discussione di questo quesito, troveranno applicazione anche nei casi in cui si tratterà di stabilire se una donna ha potuto in una determinata epoca avere dei figli, ed allorquando al medico viene domandato da una donna avanzata in età se il suo matrimonio potrà ancora essere fecondo.

Un recente incarico peritale mi ha obbligato ad occuparmi di questa questione della fecondabilità tardiva. Ad una signora era stata lasciata in usufrutto una discreta sostanza che doveva toccare in eredità alla sua prole nata e nascitura. La signora ebbe una sola figlia, tuttora vivente, all'età di 26 anni: attualmente ella ha 62 anni ed un mese circa essendo nata il 2 Dicembre 1845. La figlia, consenziente la madre, domanda che le venga consegnata l'eredità essendo oramai escluso nella signora la possibilità di altra prole. Il giudice prima di esaminare questa domanda, vuole un giudizio medico che dichiari se la donna è o no nell'impossibilità di avere prole.

In tesi di fecondabilità tardiva il primo, e per i profani il più importante, argomento che si presenta per ammettere o no la possibilità di una gravidanza è quello della presenza o della scomparsa delle mestruazioni. Ma quest'argomento non ha il valore che gli viene generalmente attribuito in quanto è oramai dalla maggioranza degli autori ammesso che l'ovulazione, la quale costituisce la condizione essenziale della funzione riproduttrice, non è necessariamente legata alla mestruazione.

Oramai abbondano i casi clinici di donne che concepirono e nelle quali le mestruazioni non erano ancora comparse o non comparvero mai, oppure

erano già scomparse; ed anche numerose ricerche anatomiche e sperimentali hanno messo in luce fatti che appoggiano questa opinione (1).

Ma se non un rapporto di causalità, esiste però certamente nella maggioranza dei casi un rapporto cronologico fra ovulazione e fecondazione da una parte e mestruazione dall' altra: e le statistiche e l' esperienza quotidiana dimostrano come generalmente i limiti di tempo che segnano l'inizio e la scomparsa della mestruazione circoscrivano pure la capacità riproduttrice della donna.

In base a questo rapporto di concomitanza si può, nel valutare i segni che possano dimostrare l'impossibilità di una donna a concepire, assegnare alla scomparsa delle mestruazioni, naturalmente se avviene non per fatti morbosi, ma per processi naturali di involuzione dell'organismo, *un valore di probabilità*.

Questo criterio empirico è di per se solo indubbiamente insufficiente a permettere un giudizio d' infecondabilità della donna: ma il suo valore non è del tutto trascurabile specialmente quando lo si ricolleghi ad altri fatti e criteri che verremo esaminando (2).

(1) Vedi su questo argomento:

Bossi — A proposito dei rapporti fra ovulazione e mestruazione — R. Accademia Medica di Genova, 1896.

Cappone — Amenorrea primitiva e gravidanza — Comptes Rendus de l'Institut Obstetrique de l'Université de Turin, 1906-1907 (con larga bibliografia).

Soli — Di un caso di amenorrea primitiva permanente in donna plurigravida — La Clinica Ostetrica, 1903.

(2) I casi riportati nella letteratura di mestruazioni in donne di tarda età non infirmano questa conclusione.

In questi casi bisogna distinguere quelli in cui le mestruazioni si sono mantenute regolarmente fino ad epoche avanzate, da quelli in cui esse riappaiono dopo una interruzione più o meno lunga. Nei casi che ho potuto rintracciare della prima categoria il massimo limite di età raggiunto fu di 65 anni in un caso di Courty (Traité pratique des maladies de l' uterus — Traduzione italiana del Tempesta — Napoli 1883, pag. 385) di 70 anni in un caso di Tonnini (Igiene e Fisiologia del matrimonio — Milano 1877, pag. 83) ed in un caso di Emmet (A case of persist. menst. in a Lady of 70 years — Amer. Journ. of Obstet. 1886 — XIX, pag. 152) di 72 anni in un caso di Harles (citato da Cerf — Annales d' Hygiène Publique et Medecine Legale 1899, pag. 308) di 77 anni in un caso di Whitehead (dal Taylor — Trattato di Medicina Legale — Traduz. francese, pag. 786).

Nei casi del secondo genere si raggiungono invece cifre molto più elevate di età. Ad es. Meissner (citato da Krieger - Die Menstruation - Berlin 1869) parla di una donna che ebbe cessazione delle mestruazioni a 60 anni, interruzione fino a 75, ritorno regolare del flusso da 75 a 78 anni, interruzione per 5 anni e poi di nuovo mestruazioni al 104° anno! Haller nei suoi Elementa Physiologiæ — 1788 a pag. 14 dice: Aliis sæcunda quasi inventus contigit ut post longam suppressionem menses redirent anno ætatis 55, 68, 70, 71, 72, 77, 78, 90, 100: i quali casi egli però riporta da altri autori, come Blancaard, Raw, La Motte, Nagedorn ecc.

Dupeyron riferì all'Academie des Sciences di Parigi nel 1768 un caso di ritorno ad 80 anni; Knox (The menstruation in old age — Medical Record 1888 N. 19) a 75 anni in donna in cui erano cessate una prima volta a 35 anni; un autore sconosciuto (Medical and Surgical Journal Vol. V, pag. 338) a 90 anni; D'Ajutolo (Bollettino della R. Accademia della Scienze di Bologna — Maggio 1899) a 58 anni dopo un'interruzione di 13-14 anni, con permanenza fino ad 81 anno.

Ma a nessun medico prudente verrebbe fatto di accogliere senza riserva tutti questi casi più o meno meravigliosi generalmente riportati in epoche in cui non si vagliavano molto i fatti, riferiti per lo più non di scienza propria, ed inquinati dal grave dubbio che non siasi trattato di perdite sanguigne per condizioni morbose dell' utero.

Più interessanti per la tesi che ci occupa, sono i casi in cui dopo parecchi anni dalla scomparsa delle mestruazioni si ebbero gravidanze: oltre i casi non tanto infrequenti ad osservarsi

Intanto però è opportuno osservare che la scomparsa delle mestruazioni non è che uno, per quanto sia il più appariscente, dei fenomeni che accompagnano quel periodo di trasformazione dell'organismo muliebre che è l'età critica. In questo periodo si vanno stabilendo altre modificazioni fisiche: si ha sviluppo del sistema pilifero extra genitale, la voce prende un timbro più accentuato, l'abito femminile va scomparendo con inclinazione a forme più maschili, le mammelle avvizziscono, la vagina si retrae e si raccorcia, il corpo dell'utero si impiccolisce ecc. Gradatamente la senilità dell'organismo si accentua coll'imbianchimento e caduta dei peli, coll'atrofia della pelle, scomparsa dei denti, ateromasia dei vasi, decadenza delle funzioni.

Collo stabilirsi di queste modificazioni cessa completamente la capacita riproduttiva. della donna? Evidentemente il quesito è del più alto interesse medico-legale: e nella enorme maggioranza dei casi l'esperienza dimostra che la risposta non può essere che affermativa; perchè età critica e sterilità si accompagnano. Ma sono stati osservati casi in cui anche dopo la scomparsa delle mestruazioni e lo apparire di segni dell'età critica ed anche del seniums si ebbero fecondazioni.

Così il Cosentino (1) riporta un caso, che è anche il solo che nelle mie ricerche io abbia trovato accompagnato da particolari completi, di una gravidanza osservata in una donna che ebbe 22 gravidanze, non era mestruata da più di due anni, aveva 50 anni di età, statura alta, temperamento sanguigno, abbastanza denutrita. La pelle del viso era corrugata, i pochi capelli erano completamente bianchi, mancavano dei denti al mascellare superiore, le mammelle erano floscie ed avvizzite, la vulva piccola era raggrinzita, la vagina era raccorciata, la mucosa giallo pallida, l'orifizio esterno dell'utero era rappresentato da un piccolo forame rotondo. Questa donna rimase incinta e partorì un bambino vivente.

Inoltre alcuni autori (2) hanno trovato all'esame anatomico di ovaie di

di ricomparsa delle mestruazioni e gravidanze dopo anche uno, due anni, che avvengono al periodo dell'età critica e sono da ascriversi all'irregolarità di manifestazioni che caratterizza quest'epoca, sono descritti nella letteratura casi di gravidanze stabilitesi dopo lunghi periodi di tempo dalla scomparsa delle mestruazioni. Puech (riportato dal Courty — loc. cit. pag. 382) riferisce di una donna che rimase dai 40 ai 46 anni senza flusso sanguigno. Questo ricomparve per la durata di un anno e scomparve definitivamente in seguito ad una gravidanza che finì col parto di un bambino vivente. Depasse (Gazette de Gynecologie — Paris 1891, pag. 241) osservò una gravidanza in donna di 57 anni nella quale le mestruazioni erano scomparse 8 anni prima. Renaudin (Compte Rendu des travaux de la Societé de Medecine de Nancy — 1859-60, pag. 65) riferisce di una donna rimasta incinta all'età di 61 auno dopo 11 anni dalla scomparsa delle mestruazioni.

Ma, ripeto, questi casi non infirmano il valore della menopausa come criterio di diagnosi per l'infecondabilità della donna: se colla loro realtà sconsigliano qualsiasi affermazione d'infecondabilità basata su questo solo segno, d'altra parte la loro eccezionalità, senza per ora voler discutere a quali cause essi siano dovuti, conferma la regola di una concomitanza della mestruazione col periodo della capacità riproduttiva nella donna: e per quanto questo rapporto cronologico si voglia circondare di riserve, esso non manca di conferire alla scomparsa delle mestruazioni l'importanza di criterio utile a stabilirsi: sia pure esso solamente, se si vuole, statistico ed empirico.

(1) Contributo alla casistica della gravidanza alla scompars delle regole — Sicilia Medica — Anno II, Palermo 1890.

(2) Vedi fra gli altri Giraudet (Gazette des Hopitaux 1868) Hensen (Zeitschrift f. Anatomie Band I) Leopold u. Mirinoff (Archiv. f. Geburtshilfe u. Gynäkologie - Band 45) ecc.

donne in cui era comparsa l'età critica, follicoli in tutti gli stadi di sviluppo e corpi lutei recenti.

D'altra parte vi è nella valutazione dei segni dell'età critica una difficoltà che diremo pregiudiziale, ed è che questi segni, singolarmente considerati, poss no anche trovarsi in persone in cui una possibilità di fecondazione non si può escludere. Anche in persone giovani ad es. si può trovare avvizzimento delle mammelle o sviluppo del sistema pilifero extra genitale, o sbiadimento dell'abito femminile, ecc., e le stesse riduzioni ed atrofie degli organi genitali. In questi casi, se pure la possibilità di una concezione può dirsi molto improbabile, nessuno la vorrebbe escludere in via assoluta.

E poi ancora vi è la difficoltà tecnica dell'apprezzamento del grado di modificazione di organi che sono in condizioni difficili di esame, ed il pericolo che il giudizio dell'esaminatore pecchi troppo di soggettività.

Saremo pertanto nell'impossibilità di giudicare con certezza dallo stato fisico della donna della sua infecondabilità? Malgrado le considerazioni ed i fatti sovra esposti, io credo che quest'impossibilità non debba essere ammessa.

Perchè quando si noti che nel caso del Cosentino (la donna aveva 50 anni) e negli altri di gravidanza in donne con segni di età critica e dopo scomparsa delle mestruazioni le età variano dai 45 ai 50, al massimo 55 anni, che la constatazione anatomica di follicoli in tutti gli stadi di sviluppo in ovaia di donne in cui l'età critica era comparsa è stata fatta ad *uno-due anni* dopo la scomparsa delle mestruazioni, noi veniamo a circoscrivere questa possibilità di concezioni tardive in limiti di tempo che ci illuminano sopra la loro natura. La morte sessuale non è un *saltus*, ma, come la morte biologica, un *processo:* l'età critica è talvolta un lungo periodo di trasformazione, durante il quale mentre alcune attività sessuali, come le mestruazioni, sono già scomparse, e segni di involuzione organica si sono già stabiliti, possono ancora altre attività permanere ed anche in un ultimo sforzo sostenere una concezione che però ben raramente, come dimostra la storia di questi rari casi, giunge a termine. Ma quando le modificazioni involutive, insorte in seguito all'età critica, sono generalizzate, e si accompagnano ad alterazioni ed indebolimento delle altre funzioni ed organi che non sono strettamente legate alla vita sessuale come la circolazione, le funzioni sensoriali ecc. e si sono oltrepassati i limiti i più larghi che l'esperienza concede al periodo trasformativo della menopausa, allora in queste condizioni mai è stato osservato un brusco risveglio delle attività sessuali generatrici.

I casi di gravidanza osservati in donne di età avanzata e che parrebbero contrastare la verità della nostra affermazione, non fanno invece che confermarla; e la loro disamina oltre che questa confermazione ci permetterà di mettere in giusto rilievo l'importanza che ha l'età come elemento integrativo necessario per il giudizio di incapacità alla concezione.

Questo dell'età è il solo criterio al quale la maggior parte degli autori di medicina legale e di ostetricia accenni, là dove essi parlano della sterilità della donna in rapporto con l'età avanzata. Alcuni esempi che si ripetono dall'uno all'altro trattato, riportati da vecchi testi, segnano i limiti

ai quali, secondo essi, può prolungarsi la capacità riproduttrice della donna e sono i casi di Cornelia, Marsia, Haller, Capuron ecc.

Io ho cercato di raccogliere nella letteratura i casi finora pubblicati di gravidanza in età tardiva per vedere quali dati attendibili ed utili si possono trarre per la nostra questione.

In queste ricerche mi fu di grande aiuto un lavoro di Borri (1) nel quale sono riassunti e criticamente esaminati con citazioni originali degli autori parecchi dei casi che corrono per i libri Il limite d' età minimo dal quale partirono le mie ricerche fu di 55 anni: i casi registrati al disotto dei 55 anni, pur essendo poco frequenti, non si distaccano talmente dall'età in cui le statistiche circoscrivono la fecondità della donna da dare all'avvenimento un'impronta affatto eccezionale. Difatti secondo una statistica che trovo riportata dallo Ziino (2) la fecondità fra 50-54 anni è a Roma e Budapest del 0,07 per 100, per la Francia 0,04, Berlino 0,02, Norvegia 1,6.

Ecco in ordine approssimativamente cronologico i vari casi (3).

Cornelia degli Scipioni avrebbe partorito a 62 anni. Col passo originale dell' Historia Naturalis di Plinio il Borri dimostra che tale età deve invece attribuirsi a Volusio Saturnino il padre.

Valesco di Taranto (secolo XIV) nei suoi Practica dice di aver visto mulierem bonae habitudinis quae post 60 annum habens men truo concepit et peperit filium et continenter habuit duos filios et erat in 67° anno quando habuit ultimum filium. Erat autem fæmina carnosa et muscolosa et fortis. (Borri l. c. pag. 22).

In una *Sammlung von Natur. und Medis. Gesichte* edita a Lipsia nel 1723 vi è riportato il caso di una donna che a 55 anni ebbe un parto gemellare. Non vi sono particolari.

Haller nei suoi Elementa Physiologiae editi nel 1788 a Losanna, nel libro 28 a pag. 142 dice: Peperisse visæ sunt fæminæ anno 54, 58, 60, 63, 70 — casi ch'egli raccolse da altri autori. Così il caso di 58 anni è raccolto da una Histoire de la Chirurgie; i casi di 60-63 anni dal naturalista inglese Plot del XVI secolo di cui il Borri riuscì a rintracciare il lavoro che è The natural History of Oxfordshire. In questo libro l'A. dice di aver conosciuto una donna che ebbe un figlio a 60 anni e di aver sentito parlare di una signora che avrebbe partorito a 63 anni. Il caso di 70 anni non è che una leggenda riportata dal libro di un Salmuth medico tedesco del XVI secolo (Borri loc. cit. pag. 23). Un caso pure di parto a 63 anni riportato dall' Haller è tratto da un' opera del XVIII secolo di Martine « Western Islands » dove a pag. 368 è detto che alle isole Orcadi una donna partorì a 63 anni.

Marsia, medico veneziano, commise un errore in materia di gravidanza in una donna di 60 anni che egli credeva affetta da idropisia. Citato senza particolari in Devergie (Medicina Legale, Tomo I, pag. 463).

Capuron avrebbe visto una donna partorire a 63 anni. Devergie (loc.

(1) Vedi Borri — In questione di fecondabilità tardiva — Modena, Società Tipogr. 1899.

(2) Vedi Ziino — Medicina Legale — Vol. I, pag. 563 — Milano, Società Editrice Libraria.

(3) Lascio da parte la biblica Sara che *concepit et peperit filium in senectute sua* quando già *desierant fieri muliebria* (Capi XVIII e XXI della Genesi).

cit.) dice: il passe pour certain a Paris qu'une femme, demeurant rue de la Harpe accoucha a soixante-trois ans d'une fille qu'elle allaita (Capuron). — Questo caso nel Traité des Maladies des femmes di Capuron non è ricordato, e son solo ricordati quelli di Plinio, Valesco di Taranto e Haller.

Bernstein riporta che una donna che non fu regolata che a 20 anni, partorì per la prima volta a 47 anni, e ne aveva 60 allorchè mise al mondo il settimo ed ultimo bambino (Orfila: Leçons de Medecine Legale — Paris 1823, Tome I, pag. 207). Questo caso è il medesimo che da Krieger nel suo « Die Menstruation » già citato è attribuito a Meissner, e da Briand (Traité de Medecine Legale, pag. 120) è attribuito a Marc.

Taylor dice nel suo Trattato di Medicina Legale — Tomo I (pag. 786, Trad. francese) che nelle tavole dello stato civile di Glasgow per l'anno 1862 si trova una donna che ha partorito a 57 anni.

Renaudin riporta un caso di donna che ha partorito a 61 anno. Questo è un caso dei più citati, la cui fonte originale ho potuto rintracciare nel « Compte Rendu des travaux de la Societé de Medecine de Nancy pendant l'année 1859-1860 (1) » dove a pag. 65-66 il segretario riassume una comunicazione del presidente della società Schacken. — Ecco il testo originale: Observation II « Il s'agit d'une grossesse survenue chez una dame de 46 ans, trois ans après la disparition des règles et terminée par la naissance au 182° jour après la conception, d'une petite fille qui vécut cinq jours. *Mr. le docteur Renaudin nous a rapporté à cette occasion, le fait d'une femme de Strasbourg qui, à 61 ans, accoucha d'une enfant encore vivant aujourdhui: elle avait perdu ses règles 10 ou 12 ans avant la grossesse.*

La Gazette Obstétricale 1872-73 Paris, pag. 422, riporta dal Lyon Medical l'annunzio di una gravidanza a 56 anni; senza particolari.

Davies riporta un caso di donna che ebbe il suo ultimo bambino a 55 anni: ella era ancora mestruata in questo momento. (Citato da Taylor loc. cit. pag. 787).

Kennedy pubblicò un caso di gravidanza in donna di 62 anni. (Edinburgh Medical Journal e Transactions of the Obstetr. Society of Edinburgh — 1882).

Nel *Medical Record* del 1890 sono riportati fra le notizie questi casi senza alcun particolare. A pag. 359: donna di 71 anno che diede alla luce un bambino sano e ben sviluppato. A pag. 670: donna svedese che dopo 38 anni di matrimonio ebbe un figlio a 60 anni. Questa donna sarebbe nata mentre sua madre aveva 52 anni, e la nonna avrebbe avuto un parto gemellare a 63 anni.

Depasse vide una donna che aveva 59 anni e cinque mesi partorire un bambino che allattò e svezzò il giorno in cui compì 60 anni. La donna aveva cessato di essere regolata a cinquant' anni circa. (Gazette de Gynecologie, 1891, pag. 241).

Mayer conobbe una donna già bisnonna che si sgravò di un bambino vivente all' età di 59 anni: le mestruazioni fino dal 55° anno si presentavano solo irregolarmente ed a lunghi intervalli. (Citato da Hoffmann. Trat-

(1) Ringrazio qui vivamente l'amico Mr. Charpentier di Parigi che mi fu di valido aiuto in queste ricerche bibliografiche.

tato di Medicina Legale, Vol. I — Trad. italiana, pag. 67); senza altri particolari.

Mangiagalli ha osservato nella Clinica di Catania un caso completamente documentato di parto in donna di 56 anni. (In Annali di Ostetricia e Ginecologia, 1895, N. 1. L'età critica).

Dorand assistè al parto di una donna di 55 anni. (Citato da Chroback e Rosthorn — Die Erkrankungen der Weiblichen Geschlechtorgane. — Wien 1896 — Vol. XX del Trattato del Nothnagel).

Geyl operò una donna di 56 anni, per un presunto tumore, di estirpazione d'utero e trovò invece un feto di 3 mesi. (Zentralblatt. f. Gynäkologie, N. 23, 1903). (1)

Questi sono i casi che ho potuto raccogliere. Come si vede parecchi sono di epoche e di origine scientificamente malsicure di attendibilità troppo dubbia per poterne tener conto: altri sono riferiti con troppa scarsezza di particolari perchè si possa all'infuori del puro dato statistico relativo all'età trarre elementi per uno studio sulle condizioni che regolano la fecondabilità tardiva. E questa mancanza si riflette sopratutto sopra due punti essenziali a considerare: cioè la continuità delle manifestazioni della vita sessuale e lo stato fisico della donna.

I casi che possiamo dire abbastanza completi ed in cui i documenti comprovano la reale età della donna sono tre e sono i casi Kennedy, Depasse e Geyl. Ora ecco quello che si trova ad uno studio particolareggiato di essi.

La donna vista dal Kennedy che partorì a 62 anni, *era sempre stata mestruata regolarmente, aveva avuto 23 gravidanze*, e le gravidanze, anche in età relativamente avanzata, s'erano sempre prodotte e con una certa regolarità come risulta da questi dati: parti a 47, 49, 51, 53, 56 anni, aborto a 60, gravidanza e parto a 62.

La signora che Depasse vide partorire a 59 anni era come dice l'A. *très-bien conservée, très-bien portante, très-appétissante encore.... seins très-bien developpés et assez lourdes... la santé generale excellente*. Vedova da 20 anni aveva da qualche tempo un amante di 28 anni.

Il caso Geyl riguarda una donna che aveva avuto *16 parti a termine, l'ultimo bambino a 48 anni, poi tre aborti, mestruazioni profuse fino al 53° anno, da un anno e mezzo piuttosto irregolari*.

E se ancora noi spigoliamo i pochi particolari che accompagnano altri casi, troviamo che nel caso Berstein di parto a 60 anni *abbiamo 7 parti dai 47 ai 60 anni;* nel caso Davies di parto a 55 anni è detto: *la donna era ancora mestruata;* nel caso Mayer di parto a 59 anni: *le mestruazioni già fin dal 55° anno si presentavano solo irregolarmente* ed anche in quello ipotetico

(1) Witkowski nella sua « Generation humaine — 1895 — Parigi » riporta il caso di una certa Lebaudin che avrebbe partorito a 84!!! anni, ma con parole di incredulità. — Accenni statistici a parti al di là dei 55 anni si trovano nel Krieger che dice su 217 matrimoni compiutisi in Irlanda fra 1831-1841 fra donne di 55 anni e più il cui marito aveva età fra 35-45 anni vi fu il 20 % di matrimoni fecondi. Ma P. Strassmann (Beginn, Begriff der Schwangerschaft nel Winkel's Handbuch del 1903) che pure riporta queste cifre si pone l'opportuna domanda: « Non vi sono forse qui errori dovuti alla legittimazione di figli nati prima del matrimonio? »

di Valesco di Taranto di parto a 67 anni è detto: *erat autem fœmina carnosa, muscolosa et fortis* ed aveva avuto parti a 60 anni e dopo (1).

Ed ecco così ripetersi e delinearsi in modo evidente le condizioni che sostengono ed accompagnano queste concezioni tardive: sono robustezza e freschezza dello stato fisico, continuità di manifestazioni dell' attività sessuale: gravidanze che si succedono, mestruazioni che si mantengono o da poco scomparse. Non mai lungo silenzio in organismo involuto che viene rotto ad un tratto dal risveglio di una funzione che era o pareva spenta: ma vitalità sessuale che si mantiene.

Certo questo mantenimento è eccezionalissimo e noi non possiamo prolungarne la possibilità teorica senza limiti. Un anonimo scrittore in un articolo sul Medical Record (1889, pag. 101) dice che gli estremi limiti possibili della fecondabilità devono essere messi a 60 anni (i limiti raramente oltrepassati a 55 ed i limiti ordinariamente non passati a 45). Il Borri sostiene che dopo i 65 anni si debba dichiarare un paradosso scientifico l'ammettere una gravidanza.

Per tenermi in un campo puramente oggettivo ed evitare conclusioni forse troppo assolute, io mi limiterò a constatare che fra i casi scientificamente documentati il massimo limite d' età registrato è 62 anni: fra i casi dubbi 71 anno.

Naturalmente un limite minimo di età necessario per giustificare un giudizio di infecondabilità non si può scientificamente porre: ma come cifra media io credo che quella di 55 anni possa già costituire un valido elemento scientifico e giuridico di presunzione per ammettere la sterilità della donna. Ciò non toglie che anche a meno di 55 anni si possa firmare un giudizio d' infecondabilità, e non lo si possa invece ad età superiore (2). Però man mano che si discende sotto i 55 le riserve naturalmente saranno sempre maggiori a parità delle altre condizioni.

Così siamo venuti delineando i criteri che devono presiedere alla formulazione di un giudizio in questione di fecondabilità tardiva, cioè: comparsa della menopausa da parecchio tempo, stabilimento di caratteri sicuri e generalizzati d' involuzione, età avanzata.

Con queste convinzioni, derivate dallo studio oggettivo della questione, ho voluto confrontare le opinioni degli autori sull' argomento e vi ho trovato tre correnti diverse.

Alcuni non ammettono limiti alla possibilità di una fecondazione od almeno sostengono che scientificamente noi non abbiamo dati certi per affermare che una donna si trovi in stato di sterilità permanente. Queste opinioni si trovano riassunte in un articolo di Cerf negli Annales d'Hygiène publique et de Médecine Legale — October 1899 il cui titolo « *A quel signes un médecin peut-il affirmer qu'une femme ne peut plus concevoir?* » è una domanda alla quale l'A. che si appoggia sull'autorità fra gli altri di Brou-

(1) Nel caso del Cosentino già citato la donna aveva avuto 22 gravidanze.

(2) Così il Casper (Vedi osservazione 21 del I Tomo del suo Trattato di Medicina Legale) in un caso in cui una donna di 55 anni si presentava in condizioni fisiche discrete giudicò che *probabilmente* la donna non era più in grado di aver prole: mentre dichiarò *recisamente* l' inattitudine a concepire in donna di 49 anni che aveva segni d' involuzione senile.

ardel risponde: non ci sono segni certi dell'inattitudine a concepire; *il perito medico-legale in queste questioni non può pronunziarsi* (1). I suoi argomenti sono questi: non si danno segni certi di menopausa; la menopausa non coincide fatalmente con la cessazione dell'ovulazione: l'età avanzata non porta necessariamente l'impotenza di generare. Ed a sostegno di questa sua ultima proposizione egli cita i casi di Cornelia, Marsia ed Haller.

Tutto quanto si è detto sopra spero avrà dimostrato precisamente come queste asserzioni del Cerf, per sè non erronee, debbano però essere contenute in certi limiti la cognizione dei quali permette appunto al perito di pronunziarsi in tali questioni.

Altri autori consigliano invece al perito una riservatezza sistematica. Per citare uno degli autori moderni più autorevoli di Medicina Legale, l'Haberda, nello Schmidtmann's Handbuch (Neunte Auflage des Casper Liman'schen Handbuches (Vol. I, pag. 107) dice: È consigliabile se anche i segni fisici del senium sono presenti come cappelli grigi, arco senile alla cornea, scomparsa dei denti, atrofia della pelle, mollezza del pannicolo adiposo, ispessimento delle pareti delle arterie, scomparsa dell'abito femminile con tendenza a forme più maschili, ed anche se vi sono segni di atrofia dei genitali esterni ed interni, di formulare il parere non dicendo che è escluso che la donna in questione possa ancora concepire ma bensì che ciò non *è più da attendere* o *da supporre* od *è inverosimile* e così via.

Questa formulazione di parere applicata indistintamente a tutti i casi ha secondo me un grave difetto. Bisogna ricordare che in questioni di fecondabilità tardiva il giudizio del medico è l'elemento decisivo per la sentenza del giudice. Alla domanda che egli pone « Avrà o non avrà più la donna prole » una risposta di *sola improbabilità* non è una risposta o meglio è una risposta negativa: perchè la riserva implicita in essa non permetterà mai al giudice di accettare la tesi dell'infecondabilità. Evidentemente vi sono casi in cui il giudizio peritale non può essere formulato recisamente: età non molto avanzata, condizioni fisiche discrete, menopausa comparsa da poco tempo, scarsi o mancanti segni d'involuzione senile ecc. ma il volere evitare un giudizio reciso anche in casi in cui non possiamo nutrire alcun dubbio, se non quello che deriva dall'assoluta impossibilità di affermare che quello che non è mai accaduto non possa in avvenire accadere, mi pare segno di una tendenza che in medicina legale condurrebbe ad uno sterile scetticismo, quale è quella di voler *sostituire la certezza matematica alla certezza umana*, quale deriva dalla totalità della nostra esperienza.

Per queste considerazioni credo di dover aderire alla terza corrente di opinioni, cioè all'ordine di idee che già il Casper aveva adottato più che nella esposizione teorica del suo trattato nella sua pratica peritale (Vedi ad es. Osservazioni 18, 20) e che il Borri nel suo lavoro già citato ha appli-

(1) In un recente articolo Atkinson approva il rifiuto di lord Kenyon che invitato a dichiarare che una coppia settuagenaria aveva passato l' età della procreazione disse: Se questo può essere fatto in un caso lo può anche in un altro, ed è un esperimento molto pericoloso (very dangerous) e creazione dei più grandi inconvenienti il dare spazio a tali sorta di congetture — Atkinson « Some limitations of Medical Evidence » in Transactions of the Medico-Legal Society — London 1906-07, pag. 39.

cato ad un suo caso peritale, cioè di dichiarare esplicitamente l'inattitudine alla concezione quando siano presenti le condizioni sopra illustrate:

Scomparsa delle mestruazioni risalente a parecchio tempo indietro (non meno di tre-quattro anni);

Segni generalizzati di stabilitasi età critica e di involuzione senile con speciale riguardo all'atrofia degli organi sessuali;

Manifestazioni di attività sessuale (gravidanze, mestruazioni) non numerose, nè continue anche in epoche in cui comunemente cessano;

Età avanzata: l'età di 55 anni costituisce di per sè un valido elemento di presunzione d'infecondabilità. Riguardo all'età come limite assoluto di fecondabilità la statistica offre un'età massima di 62 anni per i casi documentati; però sono ricordati casi, su cui per mancanza di documenti relativi non si può affermare o negare l'autenticità, di gravidanze ad età più inoltrate cioè fino a 71 anno.

* * *

Alla stregua di queste considerazioni generali ho valutato i dati raccolti dall'esame della donna che qui riferisco brevemente.

La donna ha 62 anni ed un mese circa, essendo nata il 2 Dicembre 1845, come risulta dalla fede di nascita.

Non fece malattie d'importanza. A 16 anni s'iniziarono le mestruazioni che furono sempre regolari. A 25 anni prese marito, a 26 anni ebbe il parto di un figlio tuttora vivente. Gravidanza, parto e puerperio furono normali. D'allora non rimase più incinta. Rimase vedova circa due anni fa.

La menopausa s'iniziò 13 anni fa: negli ultimi tempi le mestruazioni si fecero alquanto irregolari poi ebbe emorragia piuttosto abbondante e dopo cioè 12 anni scomparvero completamente.

Altezza m. 1.50; persona incurvata: capelli grigio-bianchi radi, numerose rughe, dentatura quasi tutta scomparsa; pannicolo adiposo scarso, molle; pelle atrofica. Indebolimento del senso della vista e dell'odorato. Ateromasia dei vasi arteriosi palpabili. Mammelle avvizzite cadenti, capezzoli piccoli non erettili, con mancanza di tessuto ghiandolare avvertibile alla palpazione. Rari peli sul pube Piccole labbra sottili, vulva beante: vagina breve con mucosa scarsamente dotata di pieghe di colore rosa-giallo pallido. Bocca dell'utero con orifizio molto piccolo, labbra sottili dure, corpo molto piccolo, (isterometria dà 51 mm.), ovaia non avvertibile alla palpazione bimanuale combinata.

Se pertanto valutiamo questi risultati dell'esame, alla stregua delle considerazioni generali sovra esposte, la conclusione ci si presenterà del tutto ovvia. Alla questione sull'attitudine a concepire di una donna che ha 62 anni d'età, che da 12 anni almeno non ha più flusso mestruale, che ebbe una sola gravidanza 35 anni fa, che ha manifesti e generalizzati segni d'involuzione senile sia negli organi della riproduzione che nel resto del corpo noi possiamo rispondere *escludendo recisamente la possibilità attuale o futura che la donna possa ancora avere prole.*

Torino, Dicembre 1907.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Genova

DIRETTO DAL PROF. L. M. BOSSI

STUDIO CLINICO E MEDICO-LEGALE

DELLA

GRAVIDANZA TARDIVA

PEL

Dott. MARIO CIULLA, *Assistente*

(*Continuazione — Vedi N. 2-3*).

Sempre a rischiarare lo studio delle cause, ho ancora ricercato se condizioni speciali di vita, durante la gravidanza, possano influire al prolungarsi di essa e perciò ho ricercato quale può essere l' influenza della professione, per verificare se il riposo durante la gravidanza, e specialmente negli ultimi tempi di essa, possa considerarsi come un fattore della gravidanza tardiva.

L' argomento è stato studiato, piuttosto ampiamente, da ostetrici numerosi.

Il Pinard (1), per il primo, dimostrò che la vita comoda e riposata delle gestanti, ricevute in Maternità, prolunga la gravidanza.

Dopo di Pinard, tale asserzione è stata confermata dal Bachimont, (2) dal Bordé, (3) da Madame Sarraute Lourié, (4) da Vicarelli e Robecchi, (5) dal Luzzani, (6) dal Da Costa, (7) dallo Sfameni (8). Anche il Pürkhauer (9) ed il Martin (10), nel descrivere alcuni casi di gravidanza tardiva, nell' ac-

(1) PINARD. — *Note pour servir a l'hystoire de la puericulture pendant la grossesse* — Annales de Gynécologie, 1898.

(2) BACHIMONT. — *Documents pour servire à l' hystoire de la puericulture intra-uterine* — Thèse de Paris, 1898.

(3) BORDÉ. — *La protezione delle gravide in rapporto alla puericultura ed all'allattamento degli esposti* — Atti della Soc. Ital di Ost. e Gin., Vol. V. 1898.

(4) MADAME SARRAUTE LOURIÉ. — *De l' influence du repos sur la duree de la gestation* — Thèse de Paris, 1898.

(5) VICARELLI e ROBECCHI. — *Sullo sviluppo del feto nelle donne a bacino viziato.* — Atti della Soc. Ital. di Ost. e Gin., Vol. V. — Roma, 1898.

(6) LUZZANI. — *La gravida nel lavoro specie in rapporto alla puericultura* — Atti del Congr. Naz. d'Igiene, Como, 25-30 Sett. 1899 — Tip. Marelli, Pavia, 1900.

(7) DA COSTA. — *A protecção aos recemnascidos pobres* — Lisbona, Tip. Do Doia, 1901.

(8) SFAMENI. — *Sul peso delle secondine e del feto a termine e sui loro rapporti reciproci* — Ann. di Ost. e Gin., Anno XXIII — Sett. 1901, N. 9, pag. 974.

(9) PÜRKHAUER. — loc. cit.

(10) MARTIN. — loc. cit.

cennare che le donne furono oggetto di cure e di quiete, ammettono, implicitamente, che a tale causa si possa attribuire il protrarsi della gravidanza.

Nè sono mancate le spiegazioni per dimostrare in qual modo la vita riposata contribuisca al protrarsi della gravidanza.

Pinard (1) dà una spiegazione molto ingegnosa: egli dice che, dovendosi l'utero gravido sviluppare specialmente nella cavità addominale, tutte le cause, che tendono a farlo penetrare nell'escavazione, nell'ultimo periodo di gravidanza, lo espongono ad una espulsione prematura: ora la fatica e la stazione eretta non possono che far discendere l'utero, mentre col riposo a letto l'utero può più facilmente restare nella cavità dell'addome.

Il Buzzoni (2) è d'avviso che, col riposo, venga a mancare quel cumulo di stimoli esterni, che, provocando le contrazioni, dànno luogo al parto.

Il Bordè (3) ammette che, oltre al cessare degli stimoli fisici, cessano anche gli stimoli morali, che non sono da trascurarsi.

Vediamo che cosa dicono in proposito le osservazioni fatte nei miei 252 casi.

In rapporto alle ricerche sull'influenza delle professioni, trascrivo, nel sottostante specchietto, le professioni delle singole donne, prese in esame; però di 10 di esse non ho potuto tenerne conto, mancando nelle cedole l'indicazione.

Professioni attive	N. dei casi	Professioni sedentarie	N. dei casi
Casalinghe	125	Sarte	20
Domestiche	47	Cucitrici	4
Contadine	12	Maestre elementari	2
Cameriere	11	Fioraie	3
Lavandaie	3	Frangiaie	1
Cuoche	2	Calzolaie	1
Stiratrici	2	Ricamatrici	1
Artiste di canto	2	Sigaraie	1
Infermiere	1	Guardarobiere	1
Tessitrici	1		
Portiere	1		
Allieve levatrici	1		
	208		34

Ho diviso le professioni in attive e sedentarie e, nella classificazione, mi sono attenuto ai criterii del Mangiagalli (4). Mettendo fra le esercenti professioni attive le casalinghe; perchè, come dice il Mangiagalli, per la classe sociale a cui appartengono, si dànno ad ogni genere di lavoro, e

(1) PINARD. — loc. cit.

(2) BUZZONI. — *Contributo allo studio della macrosomia fetale in ostetricia* — La Rassegna di Ostetricia e Ginecologia — Napoli, Sett. 1904, pag. 535.

(3) BORDÈ. — loc. cit.

(4) MANGIAGALLI. — *Il Quinquennio 1875-79 nella Clinica Ostetrica di Milano* — Milano, Agnelli, 1882, pag. 7-9.

poi le domestiche, le contadine, le cameriere, le lavandaie, le cuoche, le infermiere, etc., si avrebbero 208 donne, che esercitano professioni attive e solo 34, che esercitano professioni sedentarie.

Non pare, a voler concludere da queste cifre, che le professioni sedentarie, per le quali le donne sono certamente sottoposte ad un lavoro minore, concorrano al prolungarsi della gravidanza; risulterebbe invece il fatto opposto che cioè la gravidanza tardiva occorre, nel maggior numero dei casi, in donne esercenti professioni attive e perciò sottoposte ad un lavoro maggiore.

Dato ciò possiamo concludere che il riposo sia un fattore importante nella eziologia della gravidanza protratta? Non credo che a tal conclusione si possa venire, limitandoci a considerare il lavoro cui sono sottoposte le donne in rapporto alla loro professione, epperò è necessario indagare fino a quale epoca di gravidanza tali donne fecero vita attiva. Alla quale cosa ho creduto di arrivare, ricavando dalle cedole cliniche la durata di degenza clinica delle varie donne.

Mettendo in calcolo soltanto le giornate di degenza comprese tra il giorno di entrata in clinica e quello in cui avvenne il parto, ho diviso tutte le donne in 7 gruppi: nel 1° sono comprese le donne, che partorirono entro le 24 ore dall'entrata in clinica, nel 2° quelle che ebbero una degenza clinica tra 1 e 10 giorni; nel 3° quelle che ebbero una degenza tra 11 e 30 giorni; il 4°, 5° e 6° gruppo si differenziano l'uno dall'altro per la differenza di 30 giorni in più; nel 7° ed ultimo gruppo vi è un solo caso, la cui degenza fu di 144 giornate.

Num. delle giornate di degenza clinica	Numero dei casi	Percentuale	Media della durata della gravidanza	Numero dei giorni al di là del termine normale
Partorirono entro 24 ore	33	13.07	295 giorni	6
» fra 1-10 giorni	39	15.47	297 »	8
» » 11-30 »	72	28.57	307 »	18
» » 31-60 »	74	29.36	301 »	12
» » 61-90 »	26	10.31	305 »	16
» » 91-120 »	7	2.77	314 »	25
» » 121-144 »	1	0.39	295 »	6

Se si esclude quest'ultimo caso, tutti gli altri sono compresi fra il minimo di poche ore ad un massimo di 120 giorni di degenza.

In tutto: le giornate di degenza clinica delle 252 donne ammontano a 7890: la media quindi di degenza clinica per ogni donna sarebbe di 31 giornate. Ho inoltre cercato di ricavare, come si vede dalla precedente tabella, se un rapporto esiste tra il numero delle giornate di degenza e il numero indicante la durata media della gravidanza per vedere se coll'aumento dei giorni di degenza si verifica un maggior prolungamento della gravidanza.

L'esame delle cifre esposte ci mostra che il maggior numero di gravidanze tardive è occorso in donne, che ebbero una lunga degenza clinica

e mostra ancora che tanto più prolungata fu la gravidanza quanto maggiore fu il numero delle giornate di degenza.

Ci è dato ora di concludere che il riposo rappresenta un fattore importante tra le cause della gravidanza tardiva? Non credo che si possa negare tale influenza del riposo sul protrarsi della gravidanza, tanto più quando ricordiamo che tutti gli autori, i quali si sono interessati della questione, in rapporto all' argomento della puericultura intrauterina, sono d' accordo nell'affermarlo, nè io intendo di voler distruggere tale asserzione, proveniente anche da uno dei più eminenti ostetrici contemporanei, il Pinard (1).

Ma se io mi faccio un poco a riflettere che anche nelle cliniche le donne gestanti non sono costrette a letto, tranne che in condizioni speciali, e che la maggior parte di queste donne vengono ricoverate in clinica negli ultimi periodi di gravidanza; se pensiamo che, anche fuori dalle cliniche, le gravide, negli ultimi mesi di gravidanza, pur volendolo, non possono assoggettarsi ad un grande lavoro e finiscono sempre col restare in un relativo riposo, che poco si differenzia da quello di cui usufruiscono stando in clinica; mi domando se il riposo non valga piuttosto a coadiuvare altre cause più importanti, che dobbiamo ricercare nell' utero, anatomicamente e fisiologicamente considerato, cause che sarebbero il momento efficiente più importante nell' eziologia della gravidanza tardiva.

Conviene per questo completare lo studio delle cause, che risiedono nell'organismo materno e vedere quale influenza possono, tra le cause della gravidanza tardiva, esercitare lo stato di salute della donna, durante la gravidanza, la costituzione fisica, la statura e la conformazione del bacino.

Non v'ha dubbio che lo stato di salute della donna, durante la gravidanza, e il modo di decorrere di essa possono avere influenza sulla sua durata; ma in generale possiamo asserire che tale influenza, nel caso di gravi malattie, specialmente le acute febbrili, le malattie costituzionali, la sifilide, le cardiopatie, etc., influiscono più nel senso di interrompere la gravidanza piuttosto che prolungarla.

Anche per la gravidanza tardiva possiamo asserire, come per la gravidanza di regolare durata, che essa costituisce uno stato fisiologico e che, nella grande maggioranza dei casi, le donne non ne risentono alcun grave disturbo, se si eccettua una durata anche più protratta dei dolori preparanti, che spesso s' iniziano in epoca piuttosto lontana dall' inizio del travaglio.

Malattie d'importanza, durante la gravidanza, nelle 252 donne in esame, non mi fu dato riscontrarne, se si eccettua un caso di insufficienza mitralica, del tutto compensata, ed un caso di sifilide manifesta, in cui la gravidanza ebbe a protrarsi fino al 353° giorno, il massimo di durata di tutti i casi, oggetto del presente studio.

Le condizioni dei reni, in tutti i casi, furono ottime; in pochi soltanto l' analisi delle orine, in gravidanza, mostrò lievi traccie di albumina.

In molti casi ho riscontrato la presenza di leucorrea, più o meno abbondante, in rapporto alla presenza di ulcerazioni del collo dell' utero; ma tale complicanza non l' ho trovata nei casi di gravidanza tardiva più fre-

(1) PINARD — loc. cit.

quente di quanto si riscontra nella gravidanza di regolare durata. È noto infatti come, secondo le prolungate osservazioni del Bossi (1) e della sua scuola, (2) le ulcerazioni del collo in gravidanza siano una complicanza molto più frequente di quanto generalmente non sia ammesso da altri clinici.

In quanto alla costituzione, all'abito individuale, alla statura, non avendo trovato nelle cedole cliniche tutti i dati per poterne studiare l'influenza, ho dovuto limitarmi semplicemente a fare le mie conclusioni su pochi casi e specialmente su quelli occorsi in clinica in quest'anno e che io stesso ho potuto osservare. Da questi pochi casi, mi è dato concludere che non prevale il tipo di donna robusta e di alta statura nei casi di gravidanza protratta: in generale ho notato il tipo di donne di mediocre costituzione fisica, con regolare sviluppo scheletrico, di statura che non si allontana da quella, che comunemente riscontriamo nei nostri paesi.

Una grande importanza ho dato allo studio del bacino, per rapporto all'ampiezza della pelvi, che rappresenta una condizione preesistente, stabile, tranne in casi eccezionali, ed a cui si è voluto attribuire una grande importanza sulla durata della gravidanza, per quanto non tutti gli autori siano d'accordo sull'influenza che la maggiore o minore ampiezza della pelvi possa esercitare.

Alcuni autori affermano che la gravidanza si protrae nei casi di eccessiva ampiezza pelvica, altri invece ammettono che ciò sia più facile nelle ristrettezze pelviche.

Winckel (3) considera come *inammissibile l'idea che le viziature pelviche possano favorire un parto serotino* e, in accordo a tale opinione, il Chiara (4) aveva già notato che nella maggior parte delle donne viziate, in quelle specialmente in cui la stenosi pelvica si accompagna a gracilità organica e atrofia scheletrica, il parto precoce è la regola, come frequente è il parto prematuro.

Anche Tibone (5) avea notato che, nelle donne con pelvi generalmente ristrette, il parto si effettua anzi tempo.

Così anche Acconci e Truzzi, (6) Pozzoli, (7) D'Erchia, (8) Bentivegna (9) mettono in rilievo la frequente insorgenza del parto precoce nei bacini totalmente e regolarmente ristretti.

(1) Bossi. — *Cerviciti, Endocerviciti in gravidanza* — Studio anat. patol. clinico; Arch. Ital. di Ginecol., 1901.

(2) Varaldo. — *Ricerche bac. sulle cerviciti, endocerviciti in gravidanza* — R. Acc. Med. Genova, 1903.

(2) Gioelli. — *Ricerche sulla flora patogena della cavità uterina nelle endocerviciti ed endometriti* — Atti della Soc. Ital. di Ost. e Gin., Vol. XII.

(3) Winckel. — *La durata della gravidanza* — loc. cit. pag. 15.

(4) Chiara. — *Qua e là per il registro clinico dell'anno 1878* — Annali di Ost. e Gin., 1880.

(5) Tibone. — *Le viziature pelviche nell'Istituto Ostetrico Ginecologico della R. Università di Torino nel quinquennio 1893-94* — 1897-98; Atti della Soc. Ital. di Ost. e Gin., 1898.

(6) Acconci o Truzzi. — *Discussione sulla comunicazione di Vicarelli e Robecchi* — Atti Soc. Ital. Ost. e Gin., 1898.

(7) Pozzoli. — *Il parto spontaneo, il forcipe e il rivolgimento nelle stenosi pelviche* — Voghera, 1898.

(8) D'Erchia. — *Studio critico della cefalotrissia, cranioclasia ed embriotomia* — Ann. di Ost., 1902.

(9) Bentivegna. — *Il parto spontaneo nelle stenosi pelviche* — Lucina Sicula, 1903.

Con le osservazioni dei precitati autori non si accorda però l'opinione di Pinard, (1) il quale, con dati statistici, tenderebbe a dimostrare una maggior durata, quasi sempre una durata normale, nelle donne a bacino viziato; perchè, come ho più sopra riferito, secondo l'eminente ostetrico francese, l'utero, costretto a svilupparsi nella cavità addominale, nelle pulviche ristrettezze, vengono a mancare tutte le cause, che, facendolo penetrare nell'escavazione, lo espongono ad una prematura espulsione del prodotto del concepimento.

Nessuno studio importante abbiamo, che direttamente ha cercato di risolvere questo problema sulla influenza, che può esercitare una maggiore ampiezza della pelvi materna sul protrarsi della gravidanza. L'Alfieri, (2) in seguito ad alcune osservazioni, ha concluso che vi è una *certa tendenza del bacino a presentare proporzioni diametriche superiori alla media nei casi in cui la gravidanza protrae di alcuni giorni la sua durata.*

Per lo studio dell'ampiezza pelvica, ho tenuto calcolo delle varie misure dei diametri pelvici: tali misure, fortunatamente, tranne che in 10 casi, ho trovato notate nelle cedole cliniche; cosicchè le mie osservazioni, al riguardo, si basano sopra 242 casi; per quanto anche gli altri 10 casi possono essere inclusi nel numero dei bacini normali; perchè come tali sono caratterizzati nelle cedole stesse pur non essendo riportati i valori diametrici.

Fra i diametri ho dato importanza al bispiniliaco (Sp), al bicrestiliaco (Cr), al bitrocanterico (Tr), alla coniugata esterna (CE), ed ho trovato:

Bacini normali .	N. 191
Bacini ampii . .	» 44
Bacini ristretti. .	» 17

La maggior parte, e cioè il 75.79 %, è costituito da bacini normali, il 17.69 % è costituito da pelvi ampie, solo il 6.74 % è dato da bacini ristretti, dei quali uno solo viziato di 3° grado, gli altri con viziature di 1° grado.

Non posso perciò asserire che nelle gravidanze tardive prevalgono le forme ampie di bacino, nè le pelvi ristrette; la prevalenza è data dalle pelvi normali.

Però avendo osservato che, in parecchi di quei bacini, che ho caratterizzato come normali, la misura della CE, pur conservandosi normali gli altri diametri, è arrivata anche a misurare cm. 21, e che in altri casi, restando del tutto normale la misura della CE, delle oscillazioni in più ho notato in uno degli altri diametri, (escluso però il bitrocanterico, che si mantiene quasi sempre eguale a cm. 32, discendendo talvolta a cm. 31); non posso escludere che sia nel vero l'Alfieri, quando afferma che, nella gravidanza tardiva, il bacino pare abbia una certa tendenza a presentare delle proporzioni diametriche superiori alla norma.

Però la conclusione più consona ai risultati ottenuti è che una spiccata influenza non debba essere esplicata, sulla maggior durata della gravidanza, dalla ampiezza o meno del bacino, in quanto che la gravidanza si può protrarre tanto in bacini normali, come in bacini ristretti ed in pelvi ampie.

(1) PINARD — loc. cit.

(2) ALFIERI. — *Ampiezza della pelvi materna e il parto dei feti di notevole sviluppo* — Ann. di Ost. e Gin., 1904, Ottobre, N. 10, pag. 364 del Vol. II.

*
* *

Per quanto mi fu possibile, volli ancora ricercare se anche dalla parte del padre ci possono essere delle cause, che influiscono sulla maggior durata della gravidanza.

Negli animali domestici è stato notato che la gravidanza dura più a lungo nel caso che il maschio sia di più avanzata età che la femina.

Nella donna parecchi autori accertano che, nella maggior parte dei casi di gravidanza tardiva, il genitore è di avanzata età.

Pinard (1) si esprime nel senso che nessuna influenza esercita l'età del padre, purchè egli sia « *bien portant* », invece, stando all'affermazione di Ribemont e Lepage, (2) succede al contrario nel caso che il padre sia di età troppo avanzata, in quanto che il prodotto del concepimento è allora più esposto a non svilupparsi.

Io non ho trovato nelle cedole alcun dato per avvalorare le osservazioni sin qui fatte e soltanto per i pochissimi casi, che ho potuto personalmente seguire negli ultimi tempi di quest'anno clinico, posso asserire che in generale l'età del padre è superiore a quella della madre. Si tratta in generale di individui di costituzione fisica regolare, di media statura, dediti al lavoro. Nessun'altra ricerca mi fu possibile fare sia in rapporto all'eredità, come in rapporto alle intossicazioni (alcoolismo, nicotismo) ed a malattie speciali, come la sifilide.

L'argomento però merita di essere studiato anche sotto questo punto di vista.

*
* *

Dovrei ora incominciare lo studio delle cause che possono risiedere nel feto, ma allo scopo di seguire un ordine naturale, esaminerò prima il parto nella gravidanza tardiva.

E relativamente al parto considererò il decorso, la durata, i caratteri della contrazione uterina, le presentazioni, le posizioni, gl'interventi operativi, le conseguenze.

Una osservazione importante è stata fatta in clinica dal Bossi ed è la seguente: in corrispondenza dell'epoca in cui normalmente la donna si presume dovrebbe entrare in travaglio, assai spesso viene colta da dolori, che hanno tutti i caratteri della contrazione uterina: tali dolori hanno la durata di 1-2 giorni e pare che la donna inizii il travaglio; ma tosto i dolori scompariscono, per riaffacciarsi dopo alquanti giorni, finchè la donna entra veramente in travaglio.

Sembrerebbe quasi doversi pensare che quando la gravidanza è arrivata al suo termine normale, l'utero finisce col risentire gli stimoli, che dovrebbero condurlo al parto; ma che condizioni speciali finirebbero per arrestare il travaglio, che s'era di già iniziato.

Questo fatto ho potuto constatare in tutti i casi occorsi in clinica,

(1) Pinard. — *Dictionnaire de physiologie, par Ch. Richet;* 1905 — article: « Gestation ».

(1) Pinard. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences medicales* — 1882; articles: « grossesse » et « foetus ».

(2) Ribemont, Dessaignes et Lepage — Précis d'Obstétrique, 1904.

entro quest' anno, e l' ho, con frequenza, trovato accennato nel diario delle storie cliniche dei casi occorsi nei tre anni precedenti (1893-94 — 1895-96): nei diarii delle storie cliniche degli anni anteriori ho trovato talora qualche accenno, che mi fa supporre non debba essere eccezionale tale fatto clinico.

Interessante è poi lo studio della durata del travaglio.

Ricordando che nelle primipare la durata media totale del travaglio è di ore 15.30', di cui 13 occupate dal periodo dilatante, 2 dal periodo espulsivo e 30' dal secondamento, e che nelle pluripare la durata media totale è di ore 10.30', di cui 9 per il periodo dilatante, 1 ora per il periodo espulsivo e 30' per il secondamento, ho voluto ricercare se delle differenze ci sono nelle gravidanze tardive.

Riassumo nella seguente tavola i resultati delle mie ricerche sulla durata media totale del travaglio:

Durata media del travaglio		Numero delle gestanti	
		primipare	pluripare
Ore	2-6	—	14
»	6-8	3	15
»	8-10.30'	14	16
»	10.30'-15.30'	15	31
»	15.30'-20	12	14
»	21	4	4
»	22	3	2
»	23	3	3
»	24	3	2
»	25	4	2
»	26	5	1
»	27	4	1
»	28	3	2
»	29	4	1
»	30	2	2
»	30-40	6	7
»	40-50	4	8
»	50-60	3	7
Oltre »	60	1	2
		93	134

Dalle quali cifre risulta che delle 93 primipare (di 10 casi, per mancanza di dati, non ho potuto tener conto) la durata media totale del travaglio, calcolata in ore:

In 32 casi fu nei limiti della durata media normale;
In 47 » fu superiore alla norma, senza superare le 30 ore;
In 14 » la durata media fu superiore alle 30 ore.

E delle 134 pluripare (di 15 casi non ho potuto tener calcolo) la durata media del travaglio:

In 45 casi la durata media totale non superò la normale;
In 65 » non oltrepassò le 30 ore;
In 24 » fu superiore alle 30 ore.

Nelle primipare quindi vi ha un numero di 61 donne, cioè il 65,59 %, in cui la durata del travaglio fu superiore al normale, e di 89 pluripare cioè il 66,41 % in cui il travaglio fu molto prolungato.

Dando poi uno sguardo al rapporto tra la durata dei diversi periodi del travaglio risulta che in 43 delle 61 primipare, che ebbero travaglio prolungato, la maggior durata è a carico del periodo dilatante esclusivamente, in 7 fu solo il periodo espulsivo molto prolungato. in 11 vi concorsero assieme il periodo dilatante e l'espulsivo: il secondamento ebbe, nella più gran parte, durata normale, perchè solo in 8 casi superò la durata di 50 minuti.

Delle 89 pluripare, in 67 si ebbe prolungamento del periodo dilatante, in 2 si protrasse il solo periodo espulsivo, in 20 si prolungarono entrambi i periodi; anche per le pluripare il secondamento ebbe durata normale; perchè solo in un caso si protrasse per un'ora e 30 minuti.

Nel complesso, ci è dato asserire che la maggior durata del travaglio, nella evidente maggioranza dei casi, è a carico del periodo dilatante. Questo fatto è molto importante; perchè ci dice che l'*inerzia uterina*, che costantemente si riscontra nelle gravidanze tardive, come già il Bossi (1) avea notato, è in generale una *inerzia primitiva*, *essenziale*, che si manifesta fin dall'inizio del travaglio e per la quale questo subisce un rallentamento nel suo progresso e per cui si va incontro ad un sopraparto prolungato.

E che l'inerzia uterina sia quasi la regola nel parto serotino, oltre a constatarsi nei casi di gravidanza tardiva, descritti dai varii autori, ed ultimamente dal Kerron (2) è dimostrato dal Bossi, il quale costantemente l'ha riscontrato nei casi, che furono oggetto della sua importante comunicazione su tale argomento e in cui Egli stesso mise in rilievo il frequentissimo associarsi della gravidanza tardiva al sopraparto prolungato.

Ma ancora un fatto è degno di nota e serve ancor più ad avvalorare il concetto che nel parto serotino facilmente occorre l'inerzia dell'utero.

Scorrendo i miei appunti, riguardanti i 252 casi di gravidanza tardiva, mi ha colpito la straordinaria frequenza dello insorgere di emorragie dopo il secondamento e spesso tali emorragie, che occorsero nel 23,6 % dei casi, (mentre nei casi normali non si va oltre il 3 %) furono talmente gravi da mettere in serio pericolo la vita delle donne e da richiedere il tamponamento uterino.

Tali emorragie, affermano Buzzoni (3) e Guglielmi (4), è logico che debbano mettersi in rapporto con l'inerzia dell'utero.

(1) Bossi — *La gravidanza tardiva*, loc. cit., pag. 718.

(2) Kerron — *The induction of labour in prolonged Pregnancy* — The Journal of Obstetrics and Gynaecology of the Britisch Empire. - London. Vol. XI, N. 5, May 1907, pag. 397-401.

(3) Buzzoni — loc. cit.

(4) Guglielmi — *Contributo allo studio della macrosomia*, loc. cit, pag. 611.

L'inerzia uterina, che ha dominato lungo tutto il periodo del travaglio, ha persistito dopo l'espulsione della placenta, dando luogo a delle vere e proprie emorragie atoniche.

Tale inerzia dell'utero abbiamo dovuto costatare che, nei nostri casi, è stata primitiva, non è quindi da mettere in rapporto coll'abnorme durata del travaglio, come, d'altra parte, dobbiamo escludere che la maggior durata del travaglio sia stata dipendente da pelvica ristrettezza, in quanto che abbiamo visto che la maggior parte dei bacini erano normali e che solo in 17 casi occorsero vizii pelvici, di cui uno solo di 3.° grado. Dobbiamo inoltre escludere che l'inerzia uterina sia stata secondaria ad ostacoli, dipendenti da condizioni speciali del feto, come potrebbe essere lo sviluppo eccessivo di esso, in quanto che avremmo dovuto allora riscontrare tale inerzia specialmente in periodo espulsivo; mentre a noi è risultato, nel maggior numero dei casi, più lungo il periodo dilatante. La maggior durata del travaglio è perciò da attribuirsi all'inerzia primitiva dell'utero.

La ricerca delle cause di tale inerzia primitiva, essenziale, potrebbe forse metterci sulla strada dello studio delle cause stesse della gravidanza tardiva.

E qui non mi resta che a ricordare l'ipotesi, che già, (in un mio lavoro), ebbi ad enunciare se cioè non si debba la gravidanza tardiva attribuire ad un processo di eccessiva, diffusa e precoce degenerazione grassa delle fibro-cellule muscolari dell'utero negli ultimi mesi di gravidanza: tale processo degenerativo metterebbe l'utero in condizioni di risentire con ritardo i normali stimoli, che, eccitando la contrazione, lo condurrebbero al parto ed in tal modo la gravidanza verrebbe protratta, per dar luogo ad un parto serotino (1).

Ancora un altro fatto ho riscontrato che concorre ad avvalorare l'importanza della debolezza delle contrazioni uterine ed è il seguente: In quasi la metà di tutti i casi le membrane non si sono rotte spontaneamente; ma si è dovuto ricorrere all'amniorexis, la qual cosa fa pensare al fatto che ne sia stata l'insufficienza della contrazione uterina la causa, tranne che non si voglia pensare ad un'abnorme resistenza delle membrane stesse.

Importante sarebbe considerare la quantità del liquido amniotico, come l'esame chimico di esso nei casi di gravidanza protratta: l'esame chimico potrebbe assurgere ad una grande importanza nel caso che in esso si riscontrassero delle sostanze capaci di agire sulla eccitabilità dell'utero, in quanto che potremmo allora avere un altro elemento per la spiegazione della facile inerzia cui l'utero va incontro.

Ma mi è necessario fermarmi alquanto sulla quantità del liquido amniotico, perchè, pigliando le mosse da tale esame intendo abbordare la questione se cioè sia ammissibile che la gravidanza tardiva sia dovuta ad abnorme iperdistensione uterina.

Sarebbe stato utile calcolare la quantità del liquido dell'amnios per venire a dei risultati probativi, ma, purtroppo, ciò non ho potuto ottenere

(1) CIULLA — *Sulla degenerazione grassa dell'utero in gravidanza.* Rassegna di Ost. e Gin., Napoli. Jovene. Giugno e Agosto, N. 6 e 8, 1907.

CIULLA — *Ueber die fettige Degeneration der Gebärmutter bei Schwangerschaft.* Zentr. f. Gyn., 1907, N. 37.

dall'esame delle cedole. Mi risulta però che nel maggior numero dei casi il liquido amniotico è stato normale per quantità, in parecchi casi, che ho potuto calcolare nel rapporlo del 16,4 %, il liquido amniotico fu piuttosto scarso, in due soli casi ho riscontrato poliamnios e di essi uno in gravidanza bigemina. Non posso quindi, a tal riguardo, concludere in accordo col Carus (1) il quale avea già detto che la grande quantità di acque amniotiche, provocando l'inerzia dell'utero, sia causa del protrarsi della gravidanza oltre il termine.

Il Reinhard (2) basandosi sul fatto che in 40 casi di gravidanza tardiva, ha trovato una forte percentuale di pluripare e multipare, concluse che il protrarsi della gravidanza sia dovuto alla conseguente distensione dell' utero, distensione che ne diminuisce la predisposizione a reagire agli stimoli esterni.

Ma è poi vero che l'iperdistensione predisponga l'utero ad una minore reazione agli stimoli esterni? Perchè ciò sia ammissibile dovremmo, nella gravidanza tardiva, costantemente osservare iperdistensione uterina, e ciò non risulta, e in tutti i casi di iperdistensione dell'utero dovrebbe notarsi maggior durata della gravidanza.

Ora la iperdistensione dell'utero può occorrere o per idramnios o per eccessivo sviluppo del feto e degli annessi fetali. In quanto all'idramnios possiamo di già escluderlo; perchè due soli casi potei constatarne tra le 252 osservazioni; in quanto all'eccessivo sviluppo del feto e degli annessi, premetto fin da ora, che il feto non ha uno sviluppo esagerato nella gravidanza tardiva, nè gli annessi fetali hanno tale sviluppo da poterci fare pensare a iperdistensione dell'utero.

Le misure dell' addome poi, delle quali ho voluto tener conto, non parlano a favore dell'iperdistensione dell'utero, perchè mi risulta del tutto normale la media di esse.

Ma nemmeno nei casi in cui l'utero è certamente iperdisteso occorre con facilità la gravidanza tardiva: nelle mie osservazioni soltanto tre casi ho trovato in cui si può parlare d'iperdistensione e cioè due casi di gravidanza gemellare ed un caso in cui fu riscontrata una placenta del peso di grammi 1040 e in questi tre casi la gravidanza si protrasse rispettivamente fino a 293, a 295 e a 300 giorni: non sono perciò i casi in cui si ebbero delle gravidanze oltremodo protratte.

Sembra al contrario che l'utero iperdisteso dovrebbe risentire più facilmente gli stimoli e perciò dovrebbe, in tal caso, il parto avvenire qualche tempo prima, anzichè protrarsi. Ed è tanto vero questo che nella grividanza gemellare, in cui certamente l'utero va incontro ad iperdistensione eccessiva, come hanno dimostrato Saint-Cyr (3) e Violet (4) negli animali domestici, e come nelle donne avea già rimarcato Mauriceau (5) ed affermato Ribe-

(1) Carus — *Zur Lehre von Schwangerschaft und Geburt, physiol. pathol. und therapeutische Abhandlungen mit besonderer Hinsicht auf vergleichende Beobachtungen and den Thieren.* - Leipzig. 1822.

(2) Reinhard — *Inaugural Dissertation ueber die Dauer Manschlichen Schwangerschaft.* Leipzig, 19 2.

(3) Saint-Cyr — *Obstetr. veterin.* Paris.

(4) Violet — Citato da Casalis - loc. cit. pag. 101.

(5) Mauriceau — *Trait e des malad. des femmes grosses.* Paris, 1740.

mont e Lepage (1), il parto raramente arriva a termine; giacchè risulta dalla loro statistica che nell'83,72 % delle primipare e nel 75 % delle pluripare, esso avviene innanzi tempo; tutti gli ostetrici hanno finito per confermare tale asserzione e molto recentemente il Viana (2) ha concluso che la frequenza dei parti a termine nella gravidanza composta gli risulta eguale a 21,9 %, di fronte al 78 % di parti abortivi e prematuri.

***

L'inerzia dell'utero, che ho riscontrato 204 volte in 252 casi (80,96 %) forma quasi la regola nella gravidanza protratta e forse è essa stessa la causa principale dell'abnorme e spesse volte eccessiva maggior durata della gravidanza e del travaglio.

In rapporto a tale straordinaria frequenza di tale importante causa di distocia è necessario vedere ora come si espletò il parto.

Solo in 185 casi (73,41 %) il parto fu spontaneo, in 67 casi (26,58 %) fu artificiale, perchè fu necessario intervenire diversamente, come è dimostrato dallo specchietto seguente:

42 applicazioni di forcipe	allo stretto superiore . . .	N. 6
	allo stretto medio	» 18
	allo stretto inferiore	» 16
	ai piani perineali	» 2
7 dilatazioni mecc. (Bossi)	semplici	» 3
	seguite da applicaz. di forcipe	» 4

1 taglio cesareo conservatore.
3 parti provocati (Krause).
3 rivolgimenti classici.
4 rivolgimenti alla Braxton-Hicks.
3 craniotomie e cranioclastie, di cui un caso seguito da cefalotrissia: in tutti e tre i casi precedettero tentativi di applicazione di forcipe.
2 estrazioni manuali dopo il disimpegno della testa.
2 episiotomie: una semplice, una bilaterale.

È evidente perciò la straordinaria frequenza dei casi in cui fu necessario un intervento durante il parto e tale frequenza di atti operativi emergerà ancor di più se aggiungiamo quelli, che furono necessarii dopo il parto.

E prima di tutto emerge la frequenza con cui si fu obbligati ad espletare il parto mediante applicazione di forcipe. Questo fu applicato 42 volte, cioè nel rapporto del 16,66 %, cifra che è ancora superiore se aggiungiamo il numero delle applicazioni di forcipe tentate e quelle, che seguirono ad altri interventi, come alla dilatazione meccanica, perchè tale cifra si eleva a 49, raggiungendosi allora il rapporto del 19,44 %. Ora se noi pensiamo che, secondo le varie statistiche, il forcipe viene applicato, in media, nel rapporto del 3-4 % dei casi, non possiamo non restare impressionati dallo enorme procento, che occorre nella gravidanza tardiva.

La indicazione principale fu l'inerzia uterina, le sofferenze fetali, le sofferenze materne, in 10 casi la mancata rotazione dell'occipite.

(1) Ribemont — Dessaignes et Lepage - Precis d'obstétrique, 1904.

(2) Viana — *Contributo allo studio della gravidanza composta* - Ann. di Ost. e Gin. 1904 - Vol. II, pag. 324.

In 10 casi fu necessario ricorrere alla provocazione artificiale del parto o all'acceleramento del sopraparto: tre volte fu adoperato il metodo Krause; sette volte si procedette alla dilatazione meccanica Bossi.

Riferisco i sette casi in cui fu necessario ricorrere al metodo Bossi, non perchè esso abbia ancora più bisogno di altre conferme cliniche, dopo la sanzione avuta dai più eminenti ostetrici, primo fra tutti dal Leopold (1) ma per dimostrare come nella gravidanza tardiva, esso valga ad espletare in poco tempo il parto, che, altrimenti, ancor prolungandosi, darebbe luogo a grandi pericoli in rapporto alla madre e aumenterebbe la percentuale nella mortalità dei feti (2).

Anno 1901-02. Cedola 170 — Rosa Ch... di anni 41, nubile, domestica, primipara — Ultima mestruazione: 20 Giugno 1901, il parto si espleta dopo 299 giorni. I dolori s'iniziano a domicilio il 10 Aprile 1902: il 14 Aprile entra in clinica, a membrane rotte, dilatazione di 1 cm., parte presentata nello scavo; temperatura 38° 4, polso 110, respiro 24, inerzia assoluta, battito cardiaco fetale assente. Dilatazione meccanica Bossi, arrivando a 10 cm. in 15 minuti. Si diagnostica un idrocefalo e perciò si fa la craniotomia, seguita da laboriosa applicazione di forcipe. Secondamento spontaneo. *Nessuna lacerazione.* Feto macerato. *Non si ha emorragia dopo il secondamento.* Puerperio fisiologico.

Anno 1904-05. Cedola 62 — Rosa Dr... di anni 38, maritata, casalinga, pluripara — Ultima mestruazione il 5 Febbraio 1904. Stenosi pelvica di 1.° grado. Il parto si espleta dopo 303 giorni.

I dolori s'iniziano il 19 Dicembre: orificio esterno rigido, presentazione cefalica, rottura precoce delle membrane, liquido amniotico tinto di meconio, testa assai ossificata, voluminosa, mobile allo stretto superiore. Dilatazione meccanica Bossi, arrivando a 10 cm. in 16 minuti, estrazione molto laboriosa col forcipe. Lacerazione perineale di 2.° grado al disimpegno delle spalle. Feto vivo. Secondamento spontaneo. *Nessuna emorragia dopo il secondamento.* Puerperio fisiologico.

Anno 1904-05. Cedola 78 — Maria Bon... di anni 34, maritata, casalinga, multipara — Ultima mestruazione il 4 Aprile 1904, il parto si espleta dopo 300 giorni. Inerzia assoluta in periodo dilatante. Feto molto sofferente. Dilatazione meccanica Bossi, arrivando a 10 cm. in 10 minuti, applicazione di forcipe allo scavo. Feto voluminoso, asfittico di 3.° grado, rianimato. *Nessuna lacerazione nè emorragia dopo il secondamento che fu spontaneo.* Puerperio normale.

Anno 1904-05. Cedola 162 — Antonia Bert... di anni 32, maritata, casalinga, pluripara — Ultima mestruazione il 1.° Agosto 1904, parto dopo 294 giorni. Inerzia assoluta, stenosi pelvica di 1.° grado, placenta previa laterale, emorragia. Presentazione di spalla D in LIS, assenza del battito cardiaco fetale.

Dilatazione Bossi fino a 10 cm. in 10 minuti, rivolgimento classico Feto asfittico non rianimato. Estrazione manuale di placenta, *non seguita da*

(1) G. Leopold — *Ueber die Schnelle Erweiterung des Muttermundes mittels des Dilatatorium von Bossi.* Arch. f. Gyn., Bd 66, H. 1. (Tradotto dal prof. Cioia nella Clinica Ostetrica. Anno IV, Fasc. VI e VII. 1902).

(2) Bossi — *La gravidanza tardiva*, loc. cit. pag. 719.

emorragia. *Nessuna lacerazione*. Puerperio leggermente febbrile per pochi giorni.

Anno 1905-06. Cedola 180 — Luigia Ant... di anni 23, nubile, casalinga, primipara — Ultima mestruazione 20 Giugno 1905, parto dopo 304 giorni.

Inerzia assoluta. Battito cardiaco fetale assente. Dilatazione meccanica completa col Bossi in 12 minuti. Applicazione di forcipe allo scavo. Feto morto con avanzata ossificazione delle fontanelle. Lacerazione di 1.° grado del collo nel disimpegno della testa. Secondamento spontaneo, *non seguito da emorragia*. Lieve perdita di sangue dalla lesione cervicale. Trachelorafia. Puerperio fisiologico.

Anno 1905-06. Cedola 187 — Teresa Pog... di anni 25, nubile, domestica, primipara — Ultima mestruazione il 6 Settembre 1905, parto dopo 298 giorni. Bacino uniformemente ristretto, inerzia assoluta in periodo dilatante, poliamnios, gravi sofferenze fetali.

Dilatazione meccanica Bossi fino a 10 cm. in 15 minuti, forcipe alla parte alta dello scavo. Feto vivo. Lacerazione della forchetta. Secondamento spontaneo, *nessuna emorragia*, *nessuna lacerazione del collo*, nè perineale. Puerperio fisiologico.

Anno 1905-06. Cedola 225 — Enrica Molt... di anni 32, maritata, casalinga, primipara — Ultima mestruazione il 12 Agosto 1905, parto dopo 301 giorni.

Entra in clinica con dilatazione di 1 cm., sopraparto molto prolungato, inerzia assoluta dell'utero, stenosi anatomica del collo, rottura precoce delle membrane, liquido amniotico con abbondante meconio. Presentazione cefalica, parte presentata nello scavo, assenza del battito cardiaco fetale. Febbre in travaglio (38° 2), traccie di albumina nelle urine.

Dilatazione meccanica Bossi fino a 10 cm. in 30 minuti, applicazione di forcipe. Lacerazione di 1.° grado del collo nel disimpegno della testa, lacerazione perineale di 2.° grado. Feto voluminoso premorto. Secondamento spontaneo, *nessuna emorragia*. Trachelorafia e perineorafia. Puerperio normale.

Non è qui il caso che io rilevi il meccanismo di azione del dilatatore Bossi, che recentemente il Mangiagalli (1) ha definito il mezzo più potente ed il migliore per la dilatazione: ciò è stato fatto in modo esauriente dal Bossi (2) e dal Montuoro (3); ma, dall'esame dei casi surriferiti ci è dato concludere che, nella gravidanza tardiva, quando è urgente che il parto venga espletato, la dilatazione meccanica del Bossi:

(1) MANGIAGALLI - *Emorragie Ostetriche*. — Riassunti delle lezioni tenute nell' Istituto Ostetrico Ginecologico di Milano. — Corriere Sanitario, 1907, pag. ?01. — Arte Ostetrica - anno XXI, n. 21 novembre 1907, pag. 321.

(2) BOSSI - *Il mio metodo di parto forzato*. Società Editr. Libraria.

(3) MONTUORO - *Come dobbiamo spiegare la dilatazione meccanica immediata del collo uterino integro?* - Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, 1903 pag. 360.

MONTUORO - *Il taglio cesáreo e il parto forzato in rapporto alle loro indicazioni*. - Tesi di libera docenza - Genova 1901.

MONTUORO - *Per il metodo Bossi* - Annali di Ostetricia e Ginecologia, 1906, vol. II pag. 295.

MONTUORO - *I primi quattordici mesi della Guardia Ostetrica Permanente Palermitana* - Palermo - Società Editrice Medica Siciliana, 1907, p. 37 - 41.

1. — Ha una *potente azione dinamica*, per cui l'utero, mantenutosi in completa inerzia, immediatamente *entra in valide contrazioni* per cui è dato di ultimare il parto, *senza andare incontro a delle emorragie atoniche*, molto pericolose, *post secundamentum*.

2. — Permette che in pochi minuti, con grande facilità, e senza lesioni d'importanza, venga prodotta una dilatazione, capace di espletare il parto, procurando il permittente all'applicazione del forcipe o di altri strumenti.

3. — È dato procedere all'estrazione di feti vivi e vitali, che certamente sarebbero morti, date le gravi sofferenze in cui essi si trovavano al momento della indicazione.

4. — Non è vero che il metodo Bossi dia luoghi a sepsi, perchè in nessuno dei 7 casi si ebbe puerperio patologico, pur trovandosi in alcuni di essi le condizioni (rottura precoce delle membrane; infezione del liquido amniotico, febbre in travaglio) adatte ad un processo settico.

Poche parole mi è necessario dire sopra il solo dei miei 252 casi in cui fu necessario ricorrere al taglio cesareo: riferisco innanzi tutto la storia clinica:

Anno 1906-07 - cedola 299. — Stella Nar... di anni 30, maritata, sarta, II para - sofferse di rachitismo - 1.ª mestruazione a 14 anni regolare, come le successive. Sposò a 20 anni e dopo 9 mesi, gravida a termine, fu operata di taglio cesareo conservatore, perchè affetta da bacino piatto rachitico (C. V. - 7 cm.). Residuò una fistola addominale, che guarì dopo due mesi. Nuovamente incinta, dopo 10 anni: ultima mestruazione il giorno 8 luglio 1906. Entrata in clinica il 22 aprile 1907, si era deciso di ricorrere ad una pubiotomia, col metodo Gigli, ma costatate forti ed estese aderenze della parete anteriore dell'utero con la parete addominale, si decide di ricorrere ad un nuovo taglio cesareo. L'operazione viene eseguita il 27 aprile 1907, cioè al 293.° giorno di gravidanza.

Previa cloranarcosi: incisione laterale a sinistra della linea alba. Si libera l'utero dalle aderenze. s'incide la parete uterina verso il fondo, si estrae un feto molto sviluppato. Si ha imponente emorragia dopo la rimozione della placenta e del laccio elastico: emorragia, che cede in seguito ad iniezioni di Secacornin Roche - Sutura a tutto spessore, apunti staccati, della parete uterina - Emorragia secondaria da atonia dell' utero, dopo 36 ore dall'intervento - Morte.

Necroscopia. — Cavità uterina ampia, ripiena di sangue a grossi coaguli. — Bordi della ferita dell'utero perfettamente aderenti. — Punti di sutura integri. — Nessun'altra lesione degna di nota.

Diagnosi anatomica. — *Emorragia atonica secondaria* dell'utero.

Ricerche istologiche. — L'esame da me istituito sopra un pezzettino di utero, esciso colle forbici il giorno dell'intervento operativo, mi rilevò un esagerato processo di degenerazione grassa delle fibro-cellule muscolari. Lo stesso reperto ottenni con l'esame di altri pezzetti di utero, escisi dopo la morte della donna.

Questo caso ho voluto specialmente riferire, non perchè abbia im-

portanza per il mio studio, in rapporto alle indicazioni del taglio cesareo, che, d'altra parte, fu qui indicato per il fatto delle aderenze utero-addominali in bacino ristretto rachitico; ma purchè la causa della morte, costituita esclusivamente dalla grave, fulminea emorragia, dopo 36 ore dall' intervento, risiede nell'inerzia uterina, cui attribuisco la più grande importanza tra i momenti eziologici della gravidanza tardiva.

Non solo, ma tale importanza acquista ancora maggior rilievo per il risultato delle ricerche istologiche da me istituite su questo utero e che, avendomi mostrato un eccesso di degenerazione grassa delle sue fibre muscolari, ebbero a farmi emettere l'ipotesi che la gravidanza tardiva potrebbe riconosce, come momento eziologico, una precoce e diffusa degenerazione grassa delle fibro-cellule muscolari dell'utero in gravidanza (1).

La mia ipotesi, d'altra parte, trova anche riscontro non solo nelle idee del mio maestro prof. Bossi; ma anche in quelle di qualche antico autore, come il Carus (2), il quale, parlando *delle cause del parto tardivo con feto vivo*, oltre ad accennare alle malattie organiche del corpo, alla costituzione torpida di tutto organismo, dice che vi ha influenza *il rilassamento della fibra uterina*.

La precoce degenerazione grassa, da me ipoteticamente ammessa, verrebbe quasi a dare la spiegazione anatomo-fisiologica di tale rilassamento della fibro-cellula muscolare dell'utero, ammesso dal Carus. Anche la costatazione fatta dal Carli (3), che non di raro ha trovato uno stato di iperinvoluzione uterina far seguito alla gravidanza tardiva, servirebbe a convalidare la mia ipotesi.

Ed ancora: Come spiegare la gravidanza tardiva in donne affette da cancro dell' utero? È noto che qualche autore ammette che anche il cancro dell' utero disponga al prolungamento della gravidanza oltre il termine. Chantreuil (4) infatti cita tre osservazioni delle quali la più importante quella pubblicata dal Dott. Menzies (di Glascow) (5) in cui la gravidanza si prolungò oltre il termine in donne affette da metrocarcinoma.

Ed Hanks, (6) pur ammettendo che nelle donne affette da cancro dell'utero facilmente si ha l'aborto nei primi tre mesi, accenna però al fatto che quando in esse la gravidanza ha sorpassato il 6.° mese, il parto ha *la probabilità di protrarsi oltre il termine normale*.

Non è egli possibile ammettere che in tali casi la gravidanza si protragga, perchè l' azione del tessuto di neoformazione cancerigna, facendosi risentire sull'elemento muscolare dell'utero, ingeneri in esso un processo di degenerazione, che dia luogo al rilasciamento della fibra uterina, ammesso dal Carus, e che tale processo degenerativo sia poi la causa del protrarsi della gravidanza oltre il termine?

(1) Ciulla — loc. cit.

(2) Carus — *Von zu lange dauernden Schwangerschaften in der Gebärmutter und von der Verzehrung der Frucht durch den Uterus* — Leipzig - 1824.

(3) Carli — *Iperinvoluzione dell'utero.* — Arch. ital. di Gin. - 1907 - Vol. I. N. 6.

(4) Chantreuil — *Influence du cancer de l'uterus sur la conception, la grossesse et l'accouchement.* — Paris - 1872.

(5) Menzies. — Citato da Pozzi — *Trattato di Ginecologia Clinica e Operatoria* — Milano - Vallardi - pag. 252.

(6) Hanks. — *Pregnancy complicated by uterine tumors.* — Amer. Journ. of Obstetric marzo - 1888, pag. 242.

*
* *

I 67 interventi, che ho di già classificato, sono occorsi in:

30 Primipare
28 Pluripare
9 Multipare

Cosicchè si può dire che gl'interventi furono più frequenti nelle pluripare, anzichè nelle primipare.

È vero che si può obbiettare che non si può a tale cifra dare un valore assoluto, in quanto che nella mia statistica è assai scarso il numero delle multipare in rapporto a quello delle pluripare e primipare, ma non è meno vero, d'altra parte, come ho già osservato più sopra, che il numero delle primipare, che ricoverano in clinica, è sempre maggiore di gran lunga a quello delle pluripare.

Credo quindi che alla cifra di maggior frequenza di atti operativi, da me ottenuta, in rapporto alla pluriparità, possiamo dare un valore assoluto, anzi credo che tale cifra dovrebbe essere elevata in considerazione che la media totale delle primipare è soltanto del 26.8 %, mentre che quella delle pluripare è del 73.2 %.

Ho più sopra accennato che la frequenza del 26,58 % degli atti operativi, che ho considerato, diventa ancor maggiore se mettiamo in calcolo quegli interventi, che furono necessari dopo il parto e che sono in rapporto alle lesioni dipendenti da esso o dagli atti operativi stessi, eseguiti per espletare il parto.

Vediamo quindi quali furono le lesioni occorse durante il parto e con quale frequenza ebbero esse a manifestarsi:

Lacerazioni perineali N. 38 (15.07 %)	1° grado	N.	14
	2° »	»	21
	3° »	»	3
Lacerazioni vagino-perineali		»	2
Lacerazioni vaginali		»	2
Lacerazioni della forchetta		»	12
Lacerazioni delle piccole labbra		»	2
Lacerazioni del collo dell'utero		»	2
			58

Dalle quali cifre risulta che in 58 casi, cioè nel 23,01 % si ebbero delle lesioni, delle quali il maggior numero perineali.

Trascurando le lesioni della forchetta, così frequenti nelle primipare, e quelle delle piccole labbra, è dato osservare che le lacerazioni perineali, vagino-perineali e vaginali furono più frequenti nelle primipare; infatti di 42 casi, 25 si verificarono in primipare, 17 in pluripare.

Non tutte poi si possono mettere in rapporto cogli atti operativi, infatti in 18 casi seguirono ad un parto spontaneo, per quanto laborioso; in 24 casi seguirono a parti strumentali e specialmente ad applicazione di forcipe. Anzi tali lesioni, che seguirono ad applicazioni di forcipe, le ho trovate nel rapporto del 50 %, essendo 23 i casi di lesioni, che seguirono ad applicazioni di forcipe ed in numero di 46 le applicazioni fatte, escludendo i casi in cui tale strumento fu solo tentato. Tale procento di lesioni, con-

secutive all' applicazione di forcipe, corrisponde ai risultati di Gassmann (1) (50 %), si differenza dalle cifre del Ritter (2) (58.3 %), del Winternitz (3) (54.1 %), di Schwab (4) (38.09 %), di Otto-Eckart (5) (36.8 %) per i bacini normali, (41 %) pei bacini viziati.

I due casi di lesioni cervicali occorsero in primipare.

Ora se noi consideriamo che in tutti questi casi fu fatta la sutura perineale, come fu fatta la trachelorafia nei due casi di lesioni cervicali e se aggiungiamo che a due casi di episiotomia seguirono due episiorafie, arriviamo alla conclusione che veramente enorme fu, nei nostri casi, il numero degli interventi.

Ed ancora: aggiungendo a tale cifra 8 estrazioni manuali di placenta e 20 tamponamenti alla Dürhsenn, ricaviamo che il numero degli interventi vien elevato a 141, come apparisce dallo specchietto seguente:

Operazioni precedentemente classificate	N.	67
Perineorafie	"	42
Trachelorafie	"	2
Episiorafie	"	2
Secondamenti manuali	"	8
Tamponamenti alla Dürhsenn	"	20
		141

Escludendo quindi i piccoli interventi per le lesioni della forchetta, nel 55,95 % fu necessario un intervento. Questa cifra è già eloquente per se e conferma l'asserzione del Bossi, (6) il quale ebbe a dire che la gravidanza tardiva piuttosto che costituire una « *curiosità funzionale* », rappresenta « *una grave complicanza ostetrica* ».

***

In rapporto alle presentazioni e posizioni ho notato:

Presentazioni cefaliche N. 244 (96.82 %)	V in 240	OISA	169
		OIDP	37
		OIDA	32
		OISP	2
	Fa in 3	MISA	2
		MIDP	1
	Fr in 1	primitiva trasformata in Fa (MISA)	
Presentazioni podaliche N. 5 (1.9 8%)	complete	SIDA	3
		SISA	2
Presentazione di spalla N. 3 (1.19 %)	D in CID		2
	S in CIS		1

(1) GASSMANN. — *Indikation und Prognose der Zange an der Hand der Erfahrungen in der Geburtsh. Poliklinik.* Zentr. f. Gyn., 1903, pag. 215.

(2) RITTER. — *Erfahrungen über Zangenoperation der Halleschen Univers. Frauenklinic und Poliklinik* — Diss. inaug. Halle. 1901.

(3) WINTERNITZ. — *Ueber die Häufiegkeit und Prognose der Zangen-entbindungen* — Monatsch. f. Geb. u. Gyn. Luglio 1896.

(4) SCHWAB. — *Statistique des application de forceps etc.* — L'Obstetrique, 15 Maj, 1896.

(5) ECKART. — *Ueber Zangengeburten der Kgl. Frauenklinik der Jahre 1890-1900.* — Zentr. f. Gyn. 1901, N. 45, pag. 1369.

(6) BOSSI. — *La gravidanza tardiva* — Loc. cit. pag. 714.

Se si eccettua una maggior frequenza delle presentazioni di Faccia, forse dovuta alla diminuita tonicità muscolare dell'utero, vediamo che press'a poco le presentazioni si sono verificate in una misura normale.

Per ciò che riguarda il secondamento, che ha avuto quasi sempre una durata normale, ho notato 8 estrazioni manuali, 6 spremiture alla Credè. Una delle norme costanti che si seguono in clinica è la sorveglianza accuratissima del secondamento, per la tendenza dell'utero a cadere in inerzia.

Il secondamento ha in generale una durata normale, perchè la degenerazione grassa, che colpisce la decidua e forse anche il corion, rende più facile all'utero, con pochi sforzi muscolari, la espulsione delle secondine.

Il puerperio decorse normalmente in generale: in qualche caso fu leggermente febbrile: in un solo caso si ebbe grave intossicazione puerperale, in una donna entrata in clinica a membrane rotte, con putrefazione del liquido amniotico, l'esame del quale, rivelò la presenza dell'*aërogenes capsulatus*, come ebbe a comunicarmi il dott. Carli della nostra clinica (1).

Non v'ha dubbio però che la gravidanza tardiva, per la eccessiva durata del travaglio, per il numero abbondante di interventi operativi, per la grande percentuale di lesioni, disponga alle facili infezioni puerperali, che naturalmente sono rare nelle cliniche, date le cautele di asepsi e di antisepsi cui oggi s'ispira l'assistenza al parto normale o distocico.

In quanto alla mortalità materna: un solo caso di morte, in 252 osservazioni, ho constatato ed è quello che seguì ad una grave emorragia atonica secondaria, dopo 36 ore dal taglio cesareo conservatore.

Continua.

(1) Carli. — Putrefazione del liquido amniotico con speciale riguardo all'azione del *bacillus aërogenes capsulatus* — (In pubblicazione nella Ginecologia Moderna).

Ventisette anni di gastralgie da retrodeviazione uterina conseguita al primo parto.

B. L. di Rapallo, d'anni 47, mestruata a 15 anni, dismenorroica fino a 20 anni, in cui prese marito.

Tre parti di cui il primo a 21 anni, il secondo a 24, il terzo a 26.

Dopo il primo parto si iniziarono accessi di gastralgie, che gradi gradi andarono sempre aggravandosi. Tali accessi gastralgici erano caratterizzati da crampi dello stomaco con dolori irradiantisi oltre che alla regione dello stomaco, anche posteriormente al dorso, seguìti talora da vomiti: gravissima stitichezza. Al sopravvenire delle altre due gravidanze e col giungere di queste al quarto mese cessavano le gastralgie.

Vane furono tutte le molteplici cure tentate; vani i molti consulti.

Il 15 Novembre 1907 presentatasi al mio studio, trovai nulla per rapporto allo stomaco e agli altri organi. Riscontrai solo una gravissima retrodeviazione dell' utero.

Ridussi l'utero, applicai adatto pessario e le gastralgie cessarono come per incanto nè finora (15 Marzo) si ripeterono.

Tale il caso clinico quale appare genuinamente dal succedersi delle sue varie fasi.

A priori potrebbe obbiettarsi che, per rapporto alla eziologia, quì si fa troppo appello al *post hoc ergo propter hoc.*

Mi bastano poche considerazioni a dimostrare come logicamente debba ritenersi che sì lungo periodo di gastralgie debba attribuirsi alla non mai nè diagnosticata nè corretta retrodeviazione dell' utero.

Anzitutto il fenomeno consegue al puerperio e precisamente ad una serie di disturbi che per sè depongono per una retrodeviazione uterina d' origine puerperale.

Caratteristico poi è il fatto che in tutte le successive gravidanze, nel mentre le gastralgie persistevano nei primi mesi, quando cioè l' utero pel suo volume poteva ancora rimanere retrodeviato, scomparivano al quarto mese quando cioè l' utero per necessità, non incarcerandosi, risaliva spontaneamente in alto stante il volume suo tale da non poter più essere contenuto nel piccolo bacino.

Aggiungasi che gli accessi gastralgici diventavano più frequenti e più intensi all'avvicinarsi del periodo mestruale, perchè, quando l'utero per l' ovulazione diventa più turgescente e pesante, si esagera ancor più la retrodeviazione.

Per 27 anni la paziente fu in tutti i modi e anche da valenti clinici curata per tali gastralgie, ma sempre invano.

Io, tosto diagnosticata la retrodeviazione, riduco l' utero, applico un adatto pessario e le gastralgie cessano e da 4 mesi la paziente si può ritenere guarita senza aver più fatto alcun altro trattamento.

A quale altra causa dunque possono attribuirsi le gastralgie se non alla retrodeviazione uterina?

Prof. Bossi.

Il parallelismo fra la vita psichica e sociale e le alterazioni utero-ovariche di una reduce dalle carceri.

N. C. di Torino di anni 26. Il padre era un operaio meccanico: morì quando la N. C. aveva 13 anni. La madre era pure operaia: aveva tralasciato il lavoro dopo avuto il secondo figlio, ma dovette riprenderlo quando morì il marito, che la lasciò con quattro figli.

La N. C. passò un'infanzia discreta, andò a scuola per tre anni e poi fu impiegata in un magazzeno da sarta.

La morte del padre però portò la miseria in famiglia e una vita di stenti e di privazioni inaudite.

Quando morì il padre essa aveva avuto la prima mestruazione: sia pel patema d'animo, sia per circostanze che sfuggono, il periodo mestruale non ritornò più per un anno; quando venne, fu accompagnato da dolori atroci all'addome, da vere e diffuse coliche.

Tali coliche precedettero e accompagnarono sempre i successivi periodi mestruali e nel contempo insorsero gravi squilbri psichici e nervosi tanto che le compagne d'atelier la chiamavano la pazza.

All'età di 19 anni fu deflorata da un facinoroso che poi l'abbandonò in malo modo lasciandola anche affetta da blenorragia.

Da allora si iniziò un periodo di gravi disturbi utero, ovarici da un lato e di vita viziosa, spensierata, folle dall'altro lato.

La leucorrea apparve e persistette in onta alle molteplici cure che fece a vari intervalli; le mestruazioni si resero più frequenti, abbondanti e sempre dolorose; i dolori si manifestavano anche nei periodi intermestrui al sacro e alle regioni ovariche.

All'avvicinarsi poi dei periodi mestruali essa diventava irrequieta, irascibile, collerica, dava in ismania per cose da nulla e provava accessi di collera infrenabili tanto che, e con amiche e con parenti andò incontro a liti talora atroci.

Cessò dal lavorare, lasciò Torino e la famiglia e si diede alla prostituzione.

Una sera in una lite, insorta con uno dei tanti amanti, gli inferse un colpo di forbici nel ventre ferendolo quasi a morte.

Trovavasi precisamente nei giorni precedenti il periodo mestruale. Fu condannata al carcere e vi rimase per quasi due anni, soffrendo moralmente e fisicamente.

Uscita dal carcere mi venne raccomandata da una signora pietosa. Mi occupai dell'infelice e moralmente e fisicamente.

Fisicamente riscontrai: Denutrizione generale marcatissima, notevole anemia, aspetto senile, invece di 26 anni ne dimostrava almeno 36. Localmente diagnosticai ad evidenza: Stenosi da grave antiflessione uterina, (utero a lumaca) ulcerazione del collo, endometrite blenorragica d'antica data, salpingite sinistra.

Ricoverata curai operativamente la paziente raccomandandola in particolar modo al personale di assistenza sotto il punto di vista morale.

Rimase in Clinica avanti l'operazione 15 giorni e in tale periodo di

tempo si dimostrò indisciplinata, irascibile, sovente intrattabile, tanto che stavo per licenziarla senza operarla anche pel cattivo esempio che dava alle altre ricoverate.

L'operazione fu: Cervicotomia, plastica del collo, raschiamento dell'endometrio, applicazione di pessario intrauterino, ripetute disinfezioni della cavità. Le lesioni utero tubariche guarirono perfettamente.

L'ammalata pochi giorni dopo l'atto operativo incominciò a divenire più docile, più mansueta, più disciplinata.

Man mano andò manifestando un sincero pentimento del passato e il desiderio di vita nuova.

La pietosa signora che me l'aveva raccomandata, tosto che la licenziai guarita la prese al suo servizio.

Da 14 mesi trovasi al servizio e quella buona signora mi affermò che mai non conobbe ragazza più buona, più ubbidiente e più lavoratrice.

Essa poi entrò in uno stato di vero benessere generale: ebbe i periodi mestruali sempre regolari senza dolori e mai più preceduti da squilibri nervosi e psichici.

La terapia ginecologica ha dato la salute fisica a un organismo sofferente da 10 anni e la salute morale a un elemento che da parecchi anni riusciva dannoso alla società.

Prof. BOSSI

RECENSIONI.

DOTT. M. CANTONNET: ***Grossesse tubaire compliquée, chez une malade hystérique, d'un certain degré de grossesse nerveuse, ecoulement sanguin par les deux mamelons d'origine hystérique.*** — Revue pratique d'Obst. et de Gyn., N. 10 — ottobre 1907.

L'A. descrive accuratamente, facendo seguire opportune considerazioni, un caso interessantissimo occorsogli d'una donna a fondo isterico. in cui una gravidanza tubarica sinistra ha suscitato una serie di sintomi isteriformi di grave intensità sino al grande attacco isterico ed i fenomeni d'una gravidanza uterina al 6° mese circa. A completare ed a rendere più interessante questo quadro di sintomi isterici in donna a fondo degenerato si deve aggiungere la comparsa d'uno scolo sanguigno delle mammelle. durato quattro giorni. il terzo giorno dalla interruzione spontanea e rapida della gravidanza uterina immaginaria.

Rebandi.

SIG.NA SUSANNA WECHSLER: ***Le anomalie della mestruazione e gli squilibri nervosi consecutivi.*** — Tesi inaugurale. Jassy (Rumania) aprile 1907.

In un accurato lavoro, condotto sotto la direzione del dott. Bodgan, professore di medicina legale all'Università di Jassy (Rumania), l'A. ha voluto studiare tutti i possibili rapporti che esistono fra anomalie della funzione mestruale e squilibri nervosi sopratutto dal lato medico-legale, venendo alle seguenti conclusioni:

I. Nella vita di funzione sessuale della donna si devono distinguere tre periodi: un periodo che precede la comparsa della prima mestruazione, un periodo di piena attività mestruale ed un periodo in cui detta funzione è cessata completamente.

II. I due ultimi periodi sono quelli che presentano un reale interesse dal lato medico-legale e costituiscono come un centro, donde irradiano fenomeni della più alta importanza.

III. E' ormai accertato che esiste una stretta correlazione, una simpatia intima. fra mestruazione e centri nervosi. e viceversa.

IV. La comparsa della prima mestruazione, i diversi periodi catameniali, la menopausa possono essere la cagione efficiente, specialmente nelle donne predisposte, di delitti e di azioni criminose, che le dovranno condurre al banco dell'accusato.

V. In tali circostanze il medico-legale ha il dovere dinanzi ai giudici, di definire nettamente il grado di responsabilità dell'accusata, dimostrando loro che quel delitto o quell'azione criminosa può essere attribuita in parte od in totalità ad un pervertimento delle facoltà intellettive appunto sotto l'influenza della mestruazione.

VI. Ritenuto adunque che le anomalie e gli squilibri della funzione mestruale possono in alcuni casi determinare ed esagerare nella loro intensità pervertimenti delle facoltà intellettive, il medico ha il dovere di ripristinare e regolarizzare con opportuni mezzi curativi la mestruazione, con che si potrà ottenere anche la scomparsa di quegli squilibri nervosi. di cui si è addimostrata la causa efficiente.

Rebaudi.

Sig.[na] Maria Cicherschi: *Contributo allo studio della criminalità nella donna.* — Tesi inaugurale, Jassy (Rumania) aprile 1907.

In quest'altra tesi, condotta sotto la direzione del dott. Bodgan, professore di medicina legale all'Università di Jassy (Rumania), l'A. usufruendo di documenti medico-legali egregiamente radunati e studiandone la diversa fenomenologia psichica, ha voluto nettamente differenziare e descrivere alcuni caratteri speciali che sogliono assumere le azioni criminose della donna.

Le conclusioni cui giunge sono le seguenti:

I. La criminalità nella donna è meno frequente che non nell'uomo.

II. L'età durante la quale la donna si fa criminale è il periodo di vita sessuale attiva, cioè dai 16 ai 40 anni.

III. Le azioni criminose cui si dà la donna sono specialmente: l'infanticidio, l'aborto, i crimini passionali determinati dalla gelosia, cui segue per lo più un tentativo di omicidio.

IV. I mezzi criminosi di cui si servono le donne nel più dei casi sono: il vetriolo, i veleni e più di rado le armi da fuoco. Da qualche tempo a questa parte si assiste al fatto che i delitti da arma da fuoco sono sostituiti da delitti a base di vetriolo e di veleni diversi.

V. La donna criminale il più delle volte nel commettere un'azione criminosa agisce in doppia maniera: ella opera, ma nello stesso tempo si serve di un complice per l'espletamento del misfatto. La premeditazione, la simulazione e la perfidia sono doti caratteristiche della criminalità femminile.

VI. Le nevrosi speciali cui va tanto facilmente incontro la donna: l'isterismo, l'eredità nervosa e l'influenza del mezzo ambiente, in special modo, come pure gli squilibri nervosi cui va con tanta facilità soggetta a causa della stretta correlazione tra funzioni genitali e funzioni nervose, contribuiscono moltissimo a sminuire il libero arbitrio della donna, conducendola ad azioni criminose.

VII. La criminalità feminile potrebbe notevolmente attenuarsi se si donasse alla donna un'educazione più completa a base sopratutto altruistica. Dovrebbe esistere poi per la donna criminale un sistema di detenzione tutt'affatto nuovo, giacchè le prigioni ed i penitenziari, come sono organizzati tuttora, invece di correggere, servono a traviare viepiù la moralità della donna.

Rebaudi.

Dott. I. W. Ballantyne: *Discorso sull'ostetricia del futuro.* — The Transactions of the Edinburgh Obst. Society, Vol. XXXII.

Con uno stile semplice e spigliato e con una forma più che altro allusiva il dott. Ballantyne, neo-presidente della Società di Ostetricia d'Edinburgh, ha fatto il suo discorso inaugurale, parlando di diverse questioni attinenti all'Ostetricia ed imaginando, che per alcune di esse potrà trovarsi la soluzione solo nel 1940 anno centesimo della fondazione della Società.

Si conoscerà allora e si userà il siero tocoforico preparato dai succhi pla-

centari il quale avrà la proprietà di determinare il parto con sicurezza e rapidità. D'altra parte saranno perfezionati i mezzi di impedire i parti prematuri e di arrestare i minacciati aborti.

Si rimedierà alla decrescenza della cifra delle nascite ed alle sue aggravanti. Fra queste vi ha prima di tutto la mortalità infantile. Dalle relazioni della Conferenza sulla mortalità infantile tenuta a Londra nel 1906, è resultato che in Inghilterra e nel Wales fra il 1884 ed il 1874 sopra 1000 bambini 153 morirono nel primo anno di vita, e mentre la mortalità nelle altre età della vita è diminuita in modo da essere orgogliosi del resultato ottenuto quella infantile fra il 1884 ed il 1904 si è conservata a 148 su 1000. Altra aggravante è costituita dal numero dei nati morti e da quello degli aborti. Si rimedierà a questi fatti della diminuzione della cifra delle nascite col modificare le condizioni troppo artificiali della vita sociale presente, dannose alla riproduzione della specie coi matrimoni in età giovane, coll'impedire le morti durante la gestazione e perciò collo studiare la gravidanza normale e patologica, questa specialmente in tutte le sue manifestazioni anche minime.

Il concetto fondamentale della ostetricia progredita sarà quello della protezione della vita del feto, e quindi dovranno scomparire tutte le operazioni ostetriche che la mettono in pericolo come anche si perfezioneranno i mezzi di puericoltura per i nati prematuri, il che permetterà di preferire l'interruzione della gravidanza prima del termine nei casi di viziatura pelvica.

Donzella.

Due questionarii di Psicologia, Criminologia e Sociologia Ginecologica proposti dalla " Ginecologia Moderna "

Il problema dell' *astinenza sessuale* nell' uomo, ha testè appassionato vivamente fisiologi, igienisti e medici della Germania della Russia, della Francia e d'altre Nazioni ed i giudizii, se non furono concordi, furono però utili per una sintesi conclusionale, ove si consideri che rappresentano le opinioni di scienziati della maggior fama quali Pflüger, Brieger, Strümpell, Hensen, von Leyden, Forster, v. Esmarch,. Büchner, Gärtner, Neisser, Löffler, Pfeiffer, ecc.

Per rapporto alla donna due problemi pure ritengo che si mpongano per l'importanza loro e per l'entità dei corollarii che se ne possono dedurre, quello della *sensibilità sessuale* e quello dell'*aborto criminoso.*

A priori essi sembrerebbero indipendenti l'uno dall'altro e come tali possono essere trattati, ma se bene e a fondo si considerano, apparirà come possa esistere fra l'uno e l'altro qualche nesso utile a rilevarsi sotto il punto di vista sociologico e medico legale.

È ormai universale presso tutti i popoli, e in seno a tutte le classi sociali la constatazione di un crescendo veramente grave e oso aggiungere, spaventoso, dell'aborto criminale. La scusante del pubblico indifferente starebbe in un conflitto oggi più che mai accentuantesi fra i bisogni sessuali e le necessità economiche.

Le opinioni d' altronde relative alla *sensibilità sessuale* della donna in confronto a quelle dell' uomo e sulle *maggiori o minori necessità sue fisiologiche sessuali* sono tuttodì così disformi, incerte e contradditorie da richiedere ora più che mai di essere largamente dilucidate.

Così, ad esempio, è una credenza generale che a seguito dell' ablazione dell'utero e delle ovaja subentri gradi gradi nella donna l' insensibilità sessuale.

Orbene io ho potuto raccogliere 14 casi nei quali all' incontro si ebbe tale esagerazione nei bisogni sessuali da costituire una vera forma morbosa non solo, ma da dominare la vita morale e famigliare delle pazienti, tanto che due furono causa del suicidio del marito, una divenne delinquente, e quasi tutte le altre furono l'origine di gravi squilibri morali e materiali delle relative famiglie.

Molti e di grande entità possono quindi essere le applicazioni che, dalla soluzione anche incompleta di tali quesiti, si possono fare nel campo della psicologia, della medicina legale e della sociologia ginecologica.

La *Moderna Ginecologia* quindi ritiene di compiere un' opera utile proponendo ai suoi lettori, ginecologi, igienisti, medici legali, psichiatri, fisiologi, giuristi il seguente questionario di cui verranno man mano pubblicate nei futuri numeri le risposte, che raccomandasi siano il più che è possibile concise:

1° Quale è la vostra opinione per rapporto alla sensibilità sessuale della donna in confronto a quella dell' uomo?

2° Quale è la vostra opinione sulle maggiori o minori necessità sessuali della donna in rapporto alla età e alle condizioni sue sociali?

3° In quali proporzioni e perchè ritenete voi aumentati gli aborti criminali?

4° Quali sono i rimedî che proporreste contro l' aborto criminale.

Genova, 27 Dicembre 1907.

BOSSI

Risposta di Cesare Lombroso.

Non essendovi misuratore possibile per la sensibilità sessuale, una risposta certa non si può dare; ma, vista, come ho dimostrato nella *Donna delinquente* e *prostituta*, la sua minore sensibilità tattile e dolorifica, vi è già una grande prevenzione che ella sia notevolmente minore della virile.

E poi tutte le così dette virtù femminili: castità, timidezza, pudore, riserbatezza fanno capo alla freddezza sessuale.

E, in genere, sono molto più gli uomini che mancano alla castità da giovani e anche da maritati, che non siano le donne.

Fatta eccezione della prostituzione, in cui l' eccitamento sessuale ha una debolissima parte (*Filles de marbres*), sono molto più i casi di uomini poligami che non quelli di donne poliandre, anche nella civiltà più progredita.

Risposta del Prof. Fehling

Direttore della Clinica Ostetrico-Ginecologica dell' Università di Strassburg.

1 — Dall' esperienza mia personale di ginecologo resulta chiaramente comprovato che in Germania i bisogni sessuali sono molto meno sentiti nella donna che non nell' uomo. Si può dire che più di 1/3 di donne, nel nostro paese, non riesce a gustare nella loro completa estrinsecazione i piaceri, le gioie e le delusioni della vita sessuale.

Non è improbabile che queste speciali circostanze presentino delle variazioni presso altri popoli ed altre razze.

2 — Io mi son formata la convinzione che le donne, le quali hanno già partorito una o due volte sentano con maggiore intensità, che non nei primi tempi di matrimonio, i bisogni sessuali.

Del resto influiscono sui bisogni sessuali meno la posizione sociale che il carattere, la costituzione psichica, l' educazione di ciascun individuo.

3 — I casi di aborto criminoso si riscontrano in notevole aumento specialmente nelle grandi città; e questo in parte a causa delle misere condizioni sociali in cui versano i più, in parte all'avversione, insita soprattutto nella classe agiata, per la numerosa figliolanza.

4 — Il solo mezzo atto a frenare il dilagare degli aborti criminosi potrebbe aversi, a mio modo di vedere, nel regolare l' uso di opportuni mezzi preventivi.

Risposta del Dott. F. Campione

Libero Docente di Ostetricia e Ginecologia.

1. — Più un individuo è il suo sesso e più sente l'istinto della specie e gli istinti eroici in genere. A soddisfare questi istinti l' uomo e la donna, che hanno una natura profondamente diversa, anche all' infuori della diversa missione genetica, che spetta a ciascuno, non corrono, nè lo potrebbero, trascinati dalla stessa sensibilità sessuale. Il condensamento delle energie vive, accumulate nel sesso, dopo avere soprassaturato i centri sensibili, passa dallo stato di potenzialità allo stato attuale, nell' uomo con scoppii acuti, estuosi, che durano anche frammenti di minuto o di attimo, nella donna con scoppii meno acuti, ma più oscillanti e più duraturi.

Ora, se le energie vive rappresentano la somma delle molteplici attività molecolari, è chiaro che l' istinto intenso e forte durerà poco, poichè la sua esplicazione sarà rapida e fulminea, come rapida e fulminea fu la saturazione e la tensione dei centri sensibili: viceversa se questa fu debole e lenta, lenta ed oscillante sarà la esplicazione. Al massimo e rapido impiego delle energie terrà presto dietro l' esaurimento, la stanchezza — come nell' uomo, — esaurimento e stanchezza, che vengono tardi o posson fin mancare, se l' effusione delle forze istintive fu lenta ed oscillante — come nella donna.

Questa esplicazione dell' istinto sessuale, più forte e più intensa nell' uomo che non nella donna, è quella che riteniamo fisiologica, ossia quella che si produce nella piena perfezione ed integrità dei centri nervosi e delle vie di conducibilità. Tutte le cause, che tendono a modificare, rallentando nell' uomo od esagerando nella donna l' esplicazione dell' istinto sessuale, facendola uscir fuori dai limiti dell' attività fisiologica, sono opera di elementi, che eccitano o rallentano, che temperano o viziano il lavoro di questi centri.

Quanto alla valutazione dell' indice dell' energia dell' istinto sessuale nella donna, bisognerebbe anche tener calcolo di un fatto, se, cioè, nella donna gli stati di puerperalità — gravidanza, parto, puerperio e più ancora l'allattamento — non siano altre forme di appagamento di esso istinto. Avrebbero allora ragione coloro che mettono alla pari, nell' uomo e nella donna, l' indice dell' energia dell' istinto, solo che l' uomo condenserebbe in una goccia quello che la donna diluirebbe in un grosso bicchiere.

Ma ciò nuocerebbe alla misura dell' imponderabile.

2. — L' istinto sessuale è un istinto, come dicesi, temporaneo, e come tale si manifesta in taluni periodi della vita e li caratterizza. Insorgendo, esso ammette che l' apparecchio sessuale sia già completamente e fisiologicamente sviluppato, anzi ammette che quell' apparecchio, da qualche tempo, fosse in pieno assetto di sviluppo, sebbene diffettasse di attività, a determinare la quale mancava l'energia destinata ad addensarsi nei centri nervosi periferici e centrali. È chiaro che questo istinto sarà imperioso al completo sviluppo della donna, nell' età, cioè, in cui questa è giovane e matura.

L' insorgere di esso istinto e il perdurare fuori dell' orbita del tempo in cui esso è circoscritto, costituiscono fatti morbosi addebitabili a quei centri periferici e centrali.

La compartecipazione minore che richiedesi dalla donna alla lotta per l'esistenza e, più ancora, le condizioni privilegiate sociali ed economiche, portano la donna con facilità a rimediare generosamente — più dell' uomo — alle perdite delle forze vive, che l' istinto sessuale ruba all' individuo nell' interesse della specie.

3. — Gli aborti criminali sono certo in aumento, ma chi ne dà la colpa alle finalità della borghesia capitalista, chi all' ambizione individuale, chi alla prudenza, complicata a vizio elegante, e via dicendo. Sta bene. Ma su tutte queste cause, una ne sta di indole generale e che tutte quelle altre compendia: la civiltà col creare nuovi piaceri, col raffinare gli spiriti, coll'aprire nuovi campi all'attività, favorisce l'individuo a danno della specie. Non è vero forse che i popoli più inciviliscono e meno procreano? Oggi i mariti non vogliono procreare, le donne, mogli ed amanti, non vogliono aver più figli. Dagli uni e dalle altre, nel delirio della passione, si veglia, per evitare un momento d' oblio. Ma se l' oblio venne, ripara l' aborto criminale. Talvolta gli artifizii nell' amplesso fanno disgusto, l' aborto criminale fa pensare al codice penale, ed allora le donne si sottopongono ad operazioni demolitrici, dopo le quali si può, sempre ardenti, sempre assetate, correre ad appagare l' istinto sessuale liberamente, senza il pericolo di conseguenze disastrose — **i figli** — che le fanno invecchiare e sciupano

la loro bellezza; quei figli, che non le fanno vivere a loro talento, secondo l'estro dell'ora, sempre sovrane assolute della propria vita, che deve per loro trascorrere senza timori e senza rimorsi, non importa, se mogli od amanti, ma sempre devote alla religione del piacere o della voluttà per la voluttà.

4. — Quali i rimedi?

Palliativi tutti, ha detto, benissimo, il Ferri.

Tutte le misure restano inutili.

Sono i costumi che occorre cambiare ed il concetto della moralità, insieme al concetto della bellezza.

Bari, 20-2-'908.

MATTEO OPPECINI, *Gerente responsabile.*
STAB. TIP. G. B. MARSANO, *Corso Buenos Ayres, 21 - Genova.*

Anno I. Maggio 1908. Fasc. 5.

LA GINECOLOGIA MODERNA

Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia

E DI

PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

LEONARDO GIGLI.

La sera del 4 Aprile 1908 **Leonardo Gigli** moriva nella sua casa posta nel centro di Firenze, in via Ricasoli, tra le braccia della madre, Marchesa Cecilia Bartolini Salimbeni, dei congiunti e degli amici.

Annunziando la morte di **Leonardo Gigli** ai colleghi, nella nuova rivista *La Ginecologia moderna*, già da lui redatta, nelle pagine dove egli avrebbe combattuto e vinto, sono sorpreso dal grande lutto che colpisce la scienza nostra, perchè il **Gigli** non aveva compiuto l'opera sua.

Un' acutissima malattia polmonare l' uccise quando la di lui tenacia, la di lui fede tranquilla nella giustizia lo rendevano degno anche da noi, di quella vittoria che egli aveva, unico suo conforto, recentemente ottenuto a Dresda, dove i ginecologi tedeschi gli tributarono, nel Maggio del 1907, invidiati onori e plauso.

Non ai contemporanei è dato di scrivere, specialmente nel campo scientifico, la storia degli uomini più degni: il giudizio però di coloro che han convissuto costituisce una grande probabilità, e il pensiero dei sommi che, a noi stranieri, sono i posteri dell' oggi fu già espresso sull'opera non peritura del **Gigli.**

È facile la profezia: Verrà presto un giorno che l' operazione **Gigli** sarà da tutti ricordata ad onore d' Italia. Il tempo in parte ha già giudicato. Le idee di Lui non erano « il fantastico sogno di una mente ricercatrice per bisogno irrequieto del nuovo, qualunque esso fosse, ma la traduzione pratica di un concetto teoricamente giusto ».

Le affermazioni dello *Stoltz*, esposte nelle lezioni raccolte dal dott. *Lacour*, già ebbero la loro pratica applicazione. L'ampliamento del bacino col taglio lateralizzato del pube non rimase « cristallizzato nella forma antica » e se le idee del **Gigli** furono molto tempo, per le difficoltà della di lui vita all'estero, in quello stato di soprapparto cerebrale così penoso che fa desiderare molte volte di non averle concepite mai » vennero alla luce ancora in tempo utile, perchè al **Gigli** fosse dato di constatarne il successo. E l' istrumento semplice, che pur dal **Gigli** prende nome, perchè da lui applicato in chirurgia e in ostetricia, non è uno di quei tanti che il Malgaigne diceva, come scrive Domenico Chiara, inventati per la trentesima volta da un chirurgo d'Italia.

La vita di **Leonardo Gigli** fu breve, ma di lotta e di studi continui. Nato il 30 Aprile del 1863 a Quarto, in una villa pa-

terna in Comune di Sesto Fiorentino, frequentò le scuole secondarie ed universitarie di Firenze, dove si laureò in medicina e in chirurgia nel 1889. Allievo interno nel riparto chirurgico della clinica pediatrica, assistente effettivo poi del prof. Bajardi, mentre prestava servizio nelle sale chirurgiche ottenne, per concorso, con Decreto del 15 Novembre 1889, il posto di Assistente nella Clinica Ostetrico-Ginecologica e nella maternità di Firenze, dirette allora dall'illustre e compianto prof. Chiara.

Colpito Domenico Chiara da un morbo crudele che prima di ucciderlo doveva spegnerne l' altissimo intelletto, il **Gigli** lasciò Firenze per recarsi all'estero avendo ottenuto, pure in seguito a concorso, per due anni un posto di perfezionamento di fondazione Tacchini. Si recò dapprima a Parigi per frequentarvi le Cliniche del *Tarnier*, del *Pinard*, e del *Budin*, poi a Londra e quindi in Germania a Breslavia. Nella capitale della Slesia, dove fu accolto nella clinica dell'illustre Prof. Enrico Fritsch, rimase dal Novembre del 1892 al Giugno del 1893.

A Breslavia il **Gigli** frequentò anche la clinica chirurgica del compianto prof. Mikulicz il quale ebbe modo di riconoscere, nella sua esperienza operativa, l' utilità del *filo-sega* ideato dal **Gigli** a Breslau e fatto costrurre dalla ditta Haertel.

Fù nella clinica del prof. Fritsch che **Leonardo Gigli** concepì l'atto operativo da lui chiamato « taglio lateralizzato del pube » e ormai diffuso col di lui nome e applicato in centinaia e centinaia di casi con successo immediato e lontano tanto per la madre quanto pel feto.

Nell' Ottobre del 1894 apparve la storica memoria del **Gigli** sulla sua operazione negli Annali di Ostetricia e di Ginecologia a Milano col titolo: « taglio lateralizzato del pube ». Un anno prima in un'altra pubblicazione nel medesimo periodico, il 19 Luglio del 1893 il **Gigli** già accennava la sua idea scrivendo: « Io credo che si possa praticare con questa sega, con uguale facilità, l'antica pubiotomia che il prof. Morisani, in un recente articolo di questo giornale (Annali), disse operazione da non dimenticarsi ».

Sono queste le parole che spiegano l'altissima stima che sempre

portò il **Gigli** al tenace sostenitore della sinfisiotomia in Italia, al venerando uomo che più tardi, in Firenze stessa, quando, per la prima volta, fu dal **Gigli** presentata la questione del taglio lateralizzato del pube alla Società italiana d' Ostetricia e di Ginecologia, nell'Ottobre del 1903, rispondendo al **Gigli** si proponeva di praticare ancora il taglio lateralizzato del pube: perchè appunto alcune frasi del prof. Morisani, scritte in una relazione, avevano fatto nascere nella mente del **Gigli** la geniale idea. E questa idea era partita da una semplice considerazione, più volte ripetuta nei lavori del **Gigli**. « Dei trionfi moderni che le teorie nuove hanno reso possibili alla chirurgia, se ne sono più largamente avvantaggiate le operazioni alle quali la sinfisiotomia avrebbe dovuto sostituirsi ».

« I nostri occhi mortali hanno per un momento perduta nell'onda luminosa (portata dall' asepsi contro la febbre puerperale e contro le infezioni chirurgiche) la percezione dei rapporti delle cose. Oggi a poco a poco abituati alla luce torniamo a vedere e troviamo che questi rapporti sono rimasti immutati. E, nel caso nostro, vediamo che non basta l'asepsi a rendere moderna la sinfisiotomia, ma bisogna portare l'idea del Sigault in armonia delle leggi chirurgiche, seguire le chiare indicazioni della traumatologia ».

Nel Marzo del 1894 **Leonardo Gigli**, ritornato in patria, ottenne, per concorso, la nomina di Medico chirurgo astante supplente prima, effettivo poi di S. Maria Nuova in Firenze e, con decorrenza del 1. Agosto 1899, di chirurgo interno e direttore della medicheria esterna del medesimo ospedale.

Queste cariche, erano chieste dal **Gigli**, ma come ben si comprende, non all' altezza dei meriti acquistati da lui nel campo scientifico.

L'atto operativo del **Gigli** già aveva avuto infatti, il 7 di Maggio del 1897, il controllo dell' esperimento clinico in un misero tugurio per merito del dott. Basilio Bonardi, con completo successo per la madre e per il feto.

I risultati ottenuti dal Dottor Bonardi, a breve distanza seguiti dall'autorevole incoraggiamento del Calderini, che il 6 Dicembre del 1899 salvava un' altra donna e la di lei bambina col taglio latera-

lizzato del pube, decisero il **Gigli**, nel Luglio del 1901, ad abbandonare volontariamente il posto che occupava nell' Ospedale di S. Maria Nuova per dedicarsi alla pratica privata e specialmente ai suoi studî prediletti e meglio patrocinare l'intervento ostetrico ideato in riviste scientifiche e nei congressi.

Dal 1894 al 1897 il taglio lateralizzato del pube è difeso dal **Gigli** soltanto, in mezzo al silenzio degli ostetrici Italiani e stranieri. Il 7 Maggio 1897 dal Bonardi a Porza di Lugano, il 6 Dicembre 1899 dal Calderini a Bologna, durante il mio assistentato, sono eseguite con successo completo le due prime operazioni del **Gigli.** Nel settembre del 1902 riunendosi a Roma il IV congresso internazionale d'Ostetricia e di Ginecologia, il **Gigli** annuncia altri cinque casi, pure eseguiti con esito favorevole e tra questi, con particolare compiacimento, il primo da lui stesso operato il 3 Aprile del 1902. Subito dopo l' importante riunione di Roma il taglio lateralizzato del pube si fa strada anche in Italia. Nel 1903 l' operazione, con 15 nuovi casi, rapidamente si diffonde nel mondo per merito specialmente del Dottor Hohlweg, del Meyer, del Baumm,del De-Bovis, del Doederlein, del Toporski. Nel 1904 altre diciotto operazioni del **Gigli** sono conosciute nel mondo. Nel 1905 alla XI Riunione della Società Italiana d'Ostetricia e Ginecologia in Roma, il **Gigli** ha il conforto di annunciare che la prima centuria dei casi operati è lungamente oltrepassata e che l' atto operativo rapidamente si diffonde, eseguito con ottimi risultati nelle principali cliniche sia nostrali che straniere.

Egli aggiungeva allora: « Io spero che la Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, riconosciuta l'importanza dell'operazione, quale viene oggi affermandosi da questo primo e notevole contributo clinico, vorrà scegliere il tema del taglio lateralizzato del pube per la prossima riunione che avrà luogo in Milano ». La richiesta del **Gigli è** accolta e nel 1906 appunto a Milano egli legge il classico suo lavoro sulla pubiotomia.

Nel 1907 **Leonardo Gigli** riferisce sulla sua operazione a un congresso Ostetrico in Francia e nel Maggio del medesimo anno a Dresda, dagli ostetrici tedeschi nella più importante loro riunione,

si discute per quattro sedute sull'operazione del **Gigli** e si riconoscono altamente i meriti del giovane ostetrico italiano.

Leonardo Gigli, dopo aver visto affermata la bontà delle sue idee in un numero grandissimo di casi, attendeva ora, con animo più tranquillo, a precisare, in base all'esperienza clinica, le indicazioni, le condizioni permittenti e le controindicazioni del taglio lateralizzato del pube in una serie di memorie che avrebbero onorato l'ostetricia italiana e questo giornale che egli aveva contribuito a fondare.

La morte, invece lo colpì sulla breccia, a 45 anni non compiuti, quando, per unanime consenso e per l'iniziativa generosa del Prof. Bossi di Genova, il Ministro della Pubblica Istruzione d'Italia, S. E. il Prof. Luigi Rava, aveva in animo, riconoscendo i meriti scientifici eccezionali del **Gigli**, di concedere a lui, senza concorso, un posto ufficiale nell'insegnamento universitario; posto che il **Gigli** soltanto da giovane poteva avere sognato ma che non credeva mai di riuscire ad ottenere: perchè nel **Gigli** l'alto ingegno, la profonda dottrina e la innata gentilezza dell'animo erano pari alla bontà, che nobilitava l'opera sua, che lo conservava sempre ingenuo come un fanciullo, che lo legava a quanti lo conoscevano o lo avevano compreso; erano pari alla modestia timida, in lui seconda natura, che conseguiva non al credersi agli altri inferiore ma all'idea della perfezione, più chiara di quella che ha il volgo e irraggiungibile.

Il **Gigli** toscano e uomo colto non solamente in cose di ostetricia, era modesto perchè saggio: come quegli che pur conoscendo d'essere di più di altri nell'arte sua si sente però sempre minore dell'arte medesima.

Serafino Patellani.

PARTE I.
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Genova

DIRETTO DAL PROF. L. M. BOSSI

L'Azoto Colloidale nell'urine delle donne

durante la gravidanza, il travaglio di parto ed il puerperio

PEL DOTTOR STEFANO REBAUDI, ASSISTENTE

(Continuazione, v. Fasc. IV).

Or dunque dimostrato come i numerosi metodi di esame della funzionalità epatica, esperimentati durante l'intero periodo puerperale, spesso per differenti cause non abbiano messo lo studioso nella possibilità di poter formarsi un esatto concetto del modo come esplica il fegato le varie sue funzioni in questo periodo fortunoso di vita sessuale della donna, apparirà evidente quale alto interesse potesse avere lo studio del modo come si comporta e quali oscillazioni presenta nell'urina di donne durante tutto il periodo puerperale, l'Azoto Colloidale, ossia l'Azoto contenuto nel precipitato alcoolico delle urine, il cui rapporto coll'Azoto totale pare abbia una importanza probativa quale indice di funzionalità epatica.

Metodo che, studiando le variazioni a cui può andar incontro un composto contenuto anche nell'urine normali, presenta la grande facilitazione di non richiedere ingestione da parte della gravida o della puerpera di speciali sostanze, che vengono più o meno ad arrecare una qualche scossa, probabilmente non trascurabile, al loro ricambio organico di già rallentato e vacillante.

Il Salkowski nel 1905 rendeva noto il resultato di un importante e singolare reperto ottenuto dall'esame dell'urine d'una donna colpita da atrofia gialla acuta del fegato. Concentrando queste urine a bagno maria fino alla consistenza sciroppica e trattandole poi con alcool assoluto purissimo, otteneva un precipitato solubile in acqua

distillata, nel quale, dopo altre ripetute riprecipitazioni con alcool assoluto e dissoluzioni in acqua distillata ricercava la quantità d'Azoto. Osservò costantemente che l'Azoto ammontava a circa 28, 1 $^0{}_0$ di Azoto totale dell'urine, per modo che il rapporto fra Azoto totale ed Azoto del precipitato alcoolico, che chiamava appunto Azoto Colloidale indicandolo coll' abbreviazione CN, era rappresentato dalla proporzione

$$C\,N : N\,T = 1 : 2,55.$$

Impressionato dalla cospicua quantità di Azoto contenuto nel precipitato alcoolico volle vedere, se per caso non fosse in correlazione qualunque ad un qualche stato morboso, e fece identiche ricerche su urine di persone sane, constatando che detto quantitativo oscilla fra 2,34 e 4,08 $^0{}_0$ di Azoto totale contenuto nelle urine, e su urine di malati affetti da carcinomi varî (non del fegato), ottenendo valori maggiori della norma (in media 8,9 $^0{}_0$ di Azoto totale); ma notevolmente inferiori a quelli ottenuti nel caso di atrofia gialla acuta del fegato. Non avendo opportuni pazienti a sua disposizione da poter estendere tali ricerche, pur riconoscendo la possibile importanza clinica di detto rapporto, quale dato di lesa funzionalità epatica, non volle venire ad affermazioni recise, categoriche, limitandosi allo studio puramente chimico di questo precipitato alcoolico.

Siccome il Salkowski non aveva a sua disposizione sufficienti quantità di quell'urina di donna, in preda ad atrofia gialla acuta del fegato, cercò di svolgere la sue ricerche sul precipitato alcoolico ottenuto da ben 18 litri di urine normali.

Ritolgo dal suo lavoro alcune notizie volte a chiarire la composizione di questo precipitato alcoolico, sorvolando sugli accorgimenti di cui dovette far uso nello svolgimento di sue ricerche.

Questo precipitato alcoolico dializza difficilmente e solo in parte in minima quantità; contiene elementi cristallizzabili dell'urine in dose scarsissima, poichè in una sua soluzione acquosa, previa accurata filtrazione, non si riscontra mai nè urea, nè creatinina, nè altri elementi cristallizzabili dell'urine, se non minime tracce di urati di sodio. Le dette proprietà hanno condotto il Salkowski a porre l'appellativo di colloidale all'Azoto di questo precipitato alcoolico. Con tutta probabilità detto precipitato si compone di due elementi: uno ricco e l'altro povero di Azoto: elementi che possono fino ad un certo punto esser separati per mezzo del carbone animale. Quella porzione non trattenuta dal carbone animale dà positiva la reazione di Molisch, e dopo averla scissa con acido cloridrico riduce i sali di rame in soluzione alcalina.

Se si tolgono queste poche notizie null'altro di più particolareggiato e preciso il Salkowski riescì a scoprire, intorno alla composizione chimica, alla natura delle due sostanze costituenti il precipitato alcoolico.

Partendo dall'importantissime ricerche abbandonate dal Salkowski per deficienza di materiale clinico, Mancini lo scorso anno, nella Clinica Medica di Siena, ripigliò l'interessante questione e servendosi del metodo indicato dall'insigne maestro, studiò su larga scala il comportamento dell'Azoto Colloidale nell'urine di individui sani e colpiti da svariatissime infermità, venendo alle conclusioni seguenti:

Le urine normali hanno la minima percentuale di Azoto Colloidale. In tutte le urine patologiche riscontriamo un suo aumento, ma dove la quantità si fa notevolissima è in una serie di malattie le più svariate legate però tutte da un sintomo comune, cioè un'*alterazione della cellula epatica*. Per modochè questo aumento dell'Azoto Colloidale è specifico del fegato ed è come l'indice di d'un'alterata funzionalità e di un perturbamento dell'elemento nobile del fegato.

Importanza diagnostica e prognostica può avere la ricerca di questo composto di natura chimica alquanto oscura. Un nesso evidente esiste adunque tra lesione epatica ed aumento dell'Azoto Colloidale nell'urine.

Ecco descritto in poche parole il metodo indicato dal Salkowski per la ricerca dell'Azoto Colloidale nell'urine.

Si raccolgono le urine delle 24 ore, se ne piglia il peso specifico e se ne ricerca l'Azoto Colloidale e l'Azoto totale.

Per il dosaggio dell'Azoto totale si usa il metodo del Kyeldhal.

Per il dosaggio dell'Azoto Colloidale si procede in tal modo:

100 cmc. d'urina acidificata (se contiene albumina viene in precedenza completamente dealbuminizzata) vengono concentrati a bagno maria fino a consistenza sciropposa. Le urine ridotte notevolmente nel loro volume vengono trattate con alcool assoluto purissimo Merck e lasciate sedimentare per 12 ore. La quantità di alcool impiegato può oscillare da 50 a 100 cmc. Il precipitato alcoolico così ottenuto può assumere varî aspetti: talvolta si presenta sotto forma di finissima polvere amorfa, friabile, tal'altra sotto forma di ammassi più o meno cospicui d'aspetto e consistenza resinosa, nei quali possono rimanere incluse tracce d'urea, il che potrebbe alterare l'esattezza dei risultati, se non si avesse l'avvertenza di triturare tali blocchi con una bacchettina di vetro.

Il precipitato viene quindi raccolto su d'un filtro e lavato con 200 cmc. di alcool a 96° e quindi disciolto in acqua distillata. La soluzione acquosa acidificata vien concentrata fortemente a bagno maria, il concentrato viene trattato di nuovo con alcool assoluto, ed il precipitato è filtrato e lavato di nuovo con 200 cmc. di alcool a 96°. Questa seconda manipolazione è stata aggiunta da Mancini per esser più certi dell'allontanamento completo d'ogni traccia d'urea.

Il precipitato raccolto nel filtro viene quindi definitivamente disciolto in acqua distillata; tale soluzione viene concentrata fino al volume di 100 cmc., filtrata, rapportata di nuovo al volume di 100 cmc., da cui se ne prelevano 50 cmc. per ricavarvi l'Azoto con il metodo di Kyeldhal.

***

Condussi tutte le mie ricerche su pazienti ricoverate in Clinica. E questo mentre da un lato era assolutamente necessario per poter avere raccolta con sicurezza la quantità totale dell'urina eliminata nelle 24 ore, d'altra parte tenne in limiti più ristretti le mie ricerche, giacchè mi sfuggirono donne gravide ai primissimi mesi, che è rarissimo poter avere in una clinica ed avrei potuto raccogliere invece in larga messe all'Ambulatorio ostetrico annesso alla Clinica; ciò che non volli fare nell'incertezza che le donne raccogliessero con scrupolosa cura tutta l'urina delle 24 ore.

Le gravide che pigliai in esame divisi in due gruppi: al primo gruppo ascrissi le pazienti in cui la gravidanza decorreva normale o pressochè normale non complicata da alcuna infermità in atto anche passeggiera, che potesse in qualche modo dannosamente agire sulle condizioni generali dell'inferma; al secondo gruppo ascrissi gravide, in cui la gestazione era complicata da infermità in atto, quali la sifilide, tubercolosi, insufficienza cardiaca: infermità queste che trascelsi a bella posta, giacchè è provato come influiscano sinistramente sul fegato.

Erano queste pazienti ad epoche diverse di gravidanza, non prima però del terzo mese; di cui talune, specialmente ai primi mesi, passavano pochi giorni in clinica per curare lievi erosioni al muso di tinca, di cui si riconoscevano affette al nostro ambulatorio; altre erano gravide, che trovandosi sfaccendate entravano in clinica parecchio in anticipo in attesa del parto, oppure si ricoveravano innanzi tempo per curarle di forme inflammatorie della cervice, quale preparazione profilattica al parto. In queste ultime inferme potei condurre le mie ricerche sino all'iniziarsi del travaglio di parto, subito dopo il parto e nel puerperio successivo, che non si prolungò mai oltre i 12 giorni; giacchè è nostra consuetudine licenziare le puerpere normali dalla clinica intorno la dodicesima giornata di puerperio. Come è contrassegnato nella tabella di mie esperienze alcune delle puerpere allattavano, altre no.

In due solamente delle gravidanze complicate potei seguire il comportamento dell'Azoto Colloidale durante il travaglio di parto ed il puerperio, giacchè una gravida sifilitica rimase poco tempo in mia osservazione; non credetti opportuno seguire durante il puerperio le tre gravide tubercolose, in cui fu interrotta artificialmente la gravidanza.

Certo sarebbe stata ottima cosa aver potuto studiare il comportamento dell'Azoto Colloidale in alcune donne nelle condizioni normali, per poi coglierne le variazioni al primo comparire dello stato di gravidanza e seguirne man mano le modificazioni attraverso il suo graduale evolversi fino al termine suo normale, e durante il travaglio di parto ed il puerperio; od almeno aver avuta la possibilità di poter seguire con metodiche ricerche il comporta-

mento dell'Azoto Colloidale dai primi mesi di gravidanza ininterottamente sino al parto e nel puerperio, ma circostanze diverse, certo a me non imputabili, resero impossibile l'attuazione di questo mio legittimo desiderio.

Di tutte queste pazienti, prima di iniziare le mie ricerche, raccoglievo da loro direttamente o dai parenti accurate notizie anamnestiche, specialmente a riguardo delle infermità ereditarie in famiglia od avute a soffrire per l'addietro, e di speciali loro abitudini, sopratutto in riguardo all'alimentazione, al maggiore o minor consumo di sostanze alcooliche. Accuratamente investigavo sulle modalità della prima mestruazione, e poi sullo svolgimento della vita sessuale della donna, trascegliendo, tra quelle che dovevo seguire per parecchio tempo, donne regolarmente mestruate a periodi fissi, regolarmente intercorrenti,

In queste donne ebbi sempre l'avvertenza di condurre qualche mia ricerca anche in quel lasso di tempo, che dai calcoli fatti e dall' insorgere di speciali disturbi, i quali sogliono caratterizzare le crisi fisiologiche durante la gravidanza, corrisponde al periodico ritornare della ininterrotta funzione ovulatrice ovarica durante la gestazione. Questi speciali periodi sono accuratamente contrassegnati nelle note riassuntive di mie esperienze. Nelle pazienti, ove nulla a questo riguardo è segnato, vuol dire che nessuna ricerca di tal genere è stata fatta, solamente perchè la data di mie esperimentazioni cadeva all'infuori delle crisi fisiologiche durante la gravidanza.

Tutte queste donne gravide all'infuori della cardiaca, che era tenuta ad una dieta minorativa, consumavano il comune vitto ospitaliero, che è composto di caffè e latte la mattina; zuppa, lesso, pane, un bicchier di vino il mezzo giorno; minestra, una bistecca o stufato con verdura, pane, un bicchier di vino la sera. Le puerpere invece, come è consuetudine della Clinica, per i primi tre giorni dopo il parto erano tenute a quattro minestrine al brodo, 4-6 uova, un litro di latte; per il quarto ed il quinto le si concedeva minestra, carne di pollo senza pane, per venire poi nei susseguenti giorni alla dieta comune. Per tutto il periodo di degenza in clinica si ebbe sempre cura di svuotare e disinfettare il tubo gastroenterico delle donne in esame.

Le urine delle 24 ore si raccoglievano mano mano in recipienti pulitissimi, e subito non appena trascorsa l'ora fissata si iniziavano le ricerche. L'urina delle puerpere, durante la prima settimana dopo il parto, era sempre raccolta col catetere, per evitare possibili inquinamenti, che è facile avere, allorchè dai genitali colano abbondanti umori lochiali.

Se contenevano albumina, le urine erano preventivamente dealbuminizzate; ricercavo poi l'Azoto totale col metodo Kyeldhal opportunamente modificato secondo gli ultimi studî, e l'Azoto Colloidale col metodo Salkowski modificato dal Mancini.

Queste ricerche erano condotte colla massima scrupolosa esat-

tezza, i reperti anche varie volte controllati, per modo che ritengo possano prestarsi alle considerazioni più appresso trascritte.

Esposizione sommaria dei reperti sperimentali.

I. — GRAVIDANZE NON COMPLICATE.

1.ª *Maria P.* d'anni 22 - Nubile. Domestica. Nulla di gentilizio. Non sofferse mai malattia alcuna. Prima mestruazione a 15 anni regolare, successive pure regolari.

Ultima mestruazione 15 Dicembre 06: fenomeni simpatici poco evidenti.
Condizioni generali — Buone.
Entrata in Clinica lì 8 Marzo 07 — Uscita lì 15 Marzo 07.

Giorno 9 Marzo 07 — P. S. = 1014.
Azoto totale gr. 1.056 % — Azoto Colloidale gr. 0.021 %
Az. Coll. 2 % di Az. totale — CN : NT = 1 : 50.

Giorno 12 Marzo 07 — P. S. = 1017.
Azoto totale gr. 1.083 % — Azoto Colloidale gr. 0.023 %
Az. Coll. 2.14 % di Az. totale — CN : NT = 1 : 47.

2.ª *Emma P.* d'anni 37 - Maritata. Casalinga. Il padre è morto di cirrosi epatica. E' dedita alle bevande alcooliche, commette facili errori dietetici. Ebbe il tifo e la scarlattina. Prima mestruazione a 11 anni regolare, successive pure regolari. Prese marito a 15 anni. Ebbe 4 gravidanze, di cui le due ultime complicate da accessi asmatici, con parti a termine, fisiologici, ed un aborto ai primi mesi.

Ultima mestruazione 12 Gennaio 07: fenomeni simpatici spiccatissimi, con nausee, vomito, cui da un mese si aggiunsero accessi asmatici di media intensità.
Condizioni generali — Temperamento pletorico; obesa.
Entrata in Clinica lì 17 Aprile 07 — Uscita lì 27 Aprile 07.

Giorno 18 Aprile 07 — P. S. = 1015.
Azoto totale gr. 1.530 % — Azoto Colloidale gr. 0.069 %
Az. Coll. 4. 5 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 22

Giorno 20 Aprile 07 — P. S. = 1016.
Azoto totale gr. 1.542 % — Azoto Colloidale gr. 0.077 %
Az. Coll. 5 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 20
E' sottoposta ad opportuno trattamento.

3.ª *Luigia Z.* d' anni 36 - Maritata. Casalinga. Nulla di gentilizio. Fa abuso di bevande alcooliche, commette facili errori dietetici. Non fu mai affetta da malattia alcuna. Prima mestruazione a 15 anni regolare, successive pure regolari. A 20 anni prese marito; ebbe due gravidanze con parti e puerperi fisiologici.

Ultima mestruazione 22 Febbraio 07: fenomeni simpatici di gravidanza spiccatissimi.
Entrata in Clinica lì 12 Maggio 07 — Uscita lì 18 Maggio 07.
Condizioni generali — Buone.

Giorno 13 Maggio 07 — P. S. = 1016.
Azoto totale gr. 1.247 % — Azoto Colloidale gr. 0.031 %
Az. Coll. 2.5 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 40.

Giorno 16 Maggio 07 — P. S. = 1017.
Azoto totale gr. 1.165 °/₀ — Azoto Colloidale gr. 0.035 °/₀
Az. Coll. 3.03 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 33

4.ª *Rosa B.* d'anni 18 - Nubile. Casalinga. Nulla di gentilizio. Non sofferse mai malattia alcuna. Prima mestruazione a 12 anni normale; successive sempre normali, ogni 30 giorni della durata di 5 giorni.

Ultima mestruazione 26 Agosto 06. Fenomeni simpatici quasi inavvertiti.

Condizioni generali — Buone.

Entrata in Clinica lì 14 Gennaio 07 — Uscita lì 3 Febbraio 07.

Giorno 15 Gennaio 07 — P. S. = 1016.
Azoto totale gr. 0.918 °/₀ — Azoto Colloidale gr. 0.016 °/₀
Az. Coll. 1.7 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 57

Giorno 22 Gennaio 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 0.767 °/₀ — Azoto Colloidale gr. 0.018 °/₀
Az. Coll. 2.3 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 42.

Giorno 2 Febbraio 07 — P. S. = 1015.
Azoto totale gr. 0.956 °/₀ — Azoto Colloidale gr. 0.015 °/₀
Az. Coll. 1.5 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 63

5.ª *Rosa F.* d'anni 28 Maritata. Casalinga. Nulla di gentilizio. Dieci anni fa sofferse di infezione tifoide. A 12 anni ebbe la prima mestruazione regolare; successive pure regolari.

Ultima mestruazione 26 Ottobre 07. Fenomeni simpatici pochissimo molesti.

Condizioni generali — Buone.

Entrata in Clinica lì 1 Marzo 07 — Uscita lì 12 Marzo 07.

Giorno 3 Marzo 07 — P. S = 1014.
Azoto totale gr. 1.430 °/₀ — Azoto Colloidale gr. 0.022 °/₀
Az. Coll. 1.5 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 65

Giorno 7 Marzo 07 — P. S. = 1014.
Azoto totale gr. 1.492 °/₀ — Azoto Colloidale gr. 0.025 °/₀
Az. Coll. 1.6 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 59.

Giorno 11 Marzo 07 — P. S. = 1017.
Azoto totale gr. 1.415 °/₀ — Azoto Colloidale gr. 0.026 °/₀
Az. Coll. 1.8 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 54

6.ª *Nicoletta R.* d'anni 24 - Maritata. Casalinga. Nulla di gentilizio. Non sofferse mai malattia alcuna. Prima mestruazione a 14 anni regolare, successive pure regolari.

Ultima mestruazione 3 Novembre 07. Fenomeni simpatici evidenti i primi mesi.

Condizioni generali — Buone.

Entrata in Clinica lì 10 Maggio 07 — Uscita lì 23 Maggio 07.

Giorno 12 Maggio 07 — P. S. = 1014.
Azoto totale gr. 1.082 °/₀ — Azoto Colloidale gr. 0.017 °/₀
Az. Coll. 1.5 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 63

Giorno 20 Maggio 07 — P. S. = 1016
Azoto totale gr. 1.076 °/₀ — Azoto Colloidale gr. 0.016 °/₀
Az. Coll. 1.4 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 67

7.ª *Maria P.* d'anni 20 - Maritata. Casalinga. Nulla di gentilizio. Non sofferse mai malattia alcuna d'una qualche entità. Prima mestruazione a 12 anni irregolare, dolorosa; successive irregolari, dolorose.

Ultima mestruazione 12 Agosto 06. Fenomeni simpatici poco spiccati i primi mesi.

Condizioni generali — Buone.

Entrata in Clinica lì 14 Marzo 07 — Uscita lì 2 Aprile 07.

Giorno 20 Marzo 07 — P. S. = 1015.
Azoto totale gr. 1.248 °/₀ — Azoto Colloidale gr. 0.017 °/₀
Az. Coll. 1.3 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 73

Giorno 25 Marzo 07 — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 1.383 °/₀ — Azoto Colloidale gr. 0.021 °/₀
Az. Coll. 1.5 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 65
Giorno 30 Marzo 07 — P. S. = 1015.
Azoto totale gr. 1.270 °/₀ — Azoto Colloidale gr. 0.018 °/₀
Az. Coll. 1.4 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 70

8.ª *Antonietta V.* d'anni 24 - Nubile. Domestica. Nulla di gentilizio. L'anno scorso contrasse un'infezione sifilitica. Prima mestruazione a 18 anni dolorosa; fu sempre dismenorroica.

Ultima mestruazione 10 Agosto 06. Fenomeni simpatici abbastanza evidenti i primi mesi.

Condizioni generali — Buone.

Entrata in Clinica lì 20 Marzo 07 — Uscita lì 26 Marzo 07.
Giorno 21 Marzo 07 — P. S. = 1014.
Azoto totale gr. 1.093 °/₀ — Azoto Colloidale gr. 0.021 °/₀
Az. Coll. 1.9 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 52
Giorno 25 Marzo 07 — P. S. = 1016.
Azoto totäle gr. 1.166 °/₀ — Azoto Colloidale gr. 0.021 °/₀
Az. Coll. 1.8 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 55

9.ª *Luigia G.* d'anni 26 - Nubile. Domestica. Nulla di gentilizio. A 8 anni sofferse di polmonite lobare. Prima mestruazione a 16 anni regolare, un po' dolorosa; successive sempre regolari, ogni 30 giorni, della durata di 5 giorni.

Ultima mestruazione 14 Ottobre 06. Fenomeni simpatici poco evidenti i primi mesi; qualche disturbo compare ad ogni crisi fisiologica.

Condizioni generali — Buone.

Entrata in Clinica lì 9 Maggio 07 — Uscita
Giorno 11 Maggio 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1020.
Azoto totale gr. 0.821 °/₀ — Azoto Colloidale gr. 0.018 °/₀
Az. Coll. 2.2 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 45
Giorno 21 Maggio 07 — P. S. = 1015.
Azoto totale gr. 0.945 °/₀ — Azoto Colloidale gr. 0.014 °/₀
Az. Coll. 1.4 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 67.
Giorno 28 Maggio 07 — P. S. = 1015.
Azoto totale gr. 0.902 °/₀ — Azoto Colloidale gr. 0.013 °/₀
Az. Coll. 1.3 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 74
Giorno 12 Giugno 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 0.734 °/₀ — Azoto Colloidale gr. 0.018 °/₀
Az. Coll. 2.5 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 40.

10.ª *Caterina P.* d'anni 24 - Nubile. Domestica. Nulla di gentilizio. Non sofferse mai malattia alcuna d'una qualche importanza. Prima mestruazione a 12 anni regolare, successive pure regolari ogni 28 giorni, della durata di 4 giorni.

Ultima mestruazione 16 Agosto 06. Fenomeni simpatici poco evidenti i primi mesi, poi più nessun disturbo.

Rimase in Clinica una prima volta dal 2 Gennaio al 12 Marzo 07 per curare una erosione del collo di cui era affetta; rientrò di bel nuovo l'11 Maggio, in attesa del parto che avvenne il 2 Giugno 07. Puerperio normale. Allatta.

Condizioni generali — Buone.

Giorno 23 Gennaio 07 — P. S. = 1014.
Azoto totale gr. 1.322 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.020 °/₀
Az. coll. 1.5 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 63
Giorno 26 Gennaio 07 — P. S. = 1016.
Azoto totale gr. 1.340 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.023 °/₀
Az. coll. 1.7 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 56.
Giorno 9 Febbraio 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1019.
Azoto totale gr. 1.281 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.032 °/₀
Az. coll. 2.5 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 40

Giorno 15 Febbraio 07 — P. S. = 1015.
Azoto totale gr. 1.410 % — Azoto colloidale gr. 0.021 %
Az. coll. 1.4 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 67

Giorno 7 Marzo 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 1.184 % — Azoto colloidale gr. 0.027 %
Az. coll. 2.3 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 43.

Giorno 12 Marzo 07 — P. S. = 1014.
Azoto totale gr. 1.226 % — Azoto colloidale gr. 0.017 %
Az. coll. 1.3 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 72.

Giorno 14 Maggio 07 — P. S. = 1015.
Azoto totale gr. 1.355 % — Azoto colloidale gr. 0.022 %
Az. coll. 1.6 % di Az. totale. - CN : NT = 1 : 61.

Giorno 29 Maggio 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1020.
Azoto totale gr. 1.244 % — Azoto colloidale gr. 0.034 %
Az. coll. 2.7 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 36.

Giorno 31 Maggio 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 1.172 % — Azoto colloidale gr. 0.033 %
Az. coll. 3.1 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 32.

Ha partorito il giorno il 2 Giugno 07.

Giorno 4 Giugno 07 — P. S. = 1020.
Azoto totale gr. 0.856 % — Azoto colloidale gr. 0.016 %
Az. coll. 1.8 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 53.

Giorno 6 Giugno 07 — P. S. = 1021.
Azoto totale gr. 0.916 % — Azoto colloidale gr. 0.027 %
Az. coll. 3.03 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 33.

Giorno 10 Giugno 07 — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 1.376 % — Azoto colloidale gr. 0.037 %
Az. coll. 2.7 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 37.

Giorno 14 Giugno 07 — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 1.453 % — Azoto colloidale gr. 0.032 %
Az. coll. 2.2 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 45.

11.ª *Cesira M.* d'anni 23 - Maritata. Casalinga. Padre alcoolista, morto di apoplessia. Ha avuto il vaiolo da bambina. Commette facili errori dietetici; è forte mangiatrice. Prima mestruazione a 17 anni regolare, successive sempre regolari, ogni 30 giorni, della durata di 6 giorni.

Ultima mestruazione 14 Luglio 06. Fenomeni simpatici spiccati i primi mesi con cefalalgie molestissime, nausee, talora vomito, tosse riflessa molestissima. Durante le crisi fisiologiche i fenomeni si fanno più intensi.

Rimase in Clinica una prima volta dal 26 Gennaio al 6 Febbraio 07; una seconda dal 21 Febbraio al 23 Marzo, per rientrare una terza l'8 Aprile 07 in attesa del parto che avvenne il 6 Maggio 07.

Puerperio normale. Allatta.

Condizioni generali — Pletorica. Obesa.

Giorno 30 Gennaio 07 — P. S. = 1016.
Azoto totale gr. 1.073 % — Azoto colloidale gr. 0.023 %
Az. coll. 2.01 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 46.

Giorno 23 Febbraio 07 — P. S. = 1016.
Azoto totale gr. 0.938 % — Azoto colloidale gr. 0.018 %
Az. coll. 1.9 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 52.

Giorno 11 Marzo 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 0.752 % — Azoto colloidale gr. 0.025 %
Az. coll. 3.3 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 30.

Giorno 22 Marzo 07 — P. S. = 1014.
Azoto totale gr. 0.919 % — Azoto colloidale gr. 0.018 %
Az. coll. 1.9 % di Az. totale — CN : NT = 1 : 51.

Giorno 10 Aprile 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1016.
Azoto totale gr. 0.673 % — Azoto colloidale gr. 0.022 %
Az. coll. 3.8 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 26.

Giorno 29 Aprile 07 — P. S. = 1013.
Azoto totale gr. 0.842 % — Azoto colloidale gr. 0.020 %
Az. coll. 2.3 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 42.

Giorno 3 Maggio 07 — P. S. = 1016.
Azoto totale gr. 0.884 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.025 °/₀
Az. coll. 2.8 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 35

Ha partorito il giorno 6 Maggio 07

Giorno 8 Maggio 07 — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 0.645 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.013 °/₀
Az. coll. 2 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 50.

Giorno 11 Maggio 07 — P. S. = 1020.
Azoto totale gr. 0.924 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.027 °/₀
Az. coll. 2.9 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 34.

Giorno 14 Maggio 07 — P. S. = 1020.
Azoto totale gr. 1.020 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.036 °/₀
Az. coll. 3.5 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 28.

Giorno 18 Maggio 07 — P. S. = 1017.
Azoto totale gr. 1.232 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.033 °/₀
Az. coll. 2.7 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 37.

12.ª *Maria B.* d'anni 24 · Maritata. Orlatrice. Nulla di gentilizio. Due anni fa contrasse un'infezione sifilitica. Prima mestruazione a 12 anni regolare, successive regolari, anticipanti di 2-3 giorni, della durata di 4 giorni.

Ultima mestruazione 12 Luglio 06. Fenomeni simpatici spiccatissimi i primi mesi, che scomparvero in seguito, per ritornare ad ogni crisi fisiologica e nell'ultimo mese di gravidanza. Durante il parto sono intervenuti quattro attacchi eclampsiformi di lieve intensità. L'albumina raggiunse il *maximum* del 2 °/₀₀ prima del parto, andò poi grado grado diminuendo fino a scomparire entro i primi quattro giorni di puerperio.

Rimase in Clinica una prima volta dal 3 al 18 Febbraio; rientrò il 2 Marzo in attesa del parto che si espletò l'8 Aprile 07.

Puerperio normale. Non allatta.

Condizioni generali — Discrete.

Il feto è apparentemente sano.

Giorno 7 Febbraio 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 1.142 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.028 °/₀
Az. coll. 2.5 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 40.

Giorno 16 Febbraio 07 — P. S. = 1501.
Azoto totale gr. 1.276 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.024 °/₀
Az. coll. 1.8 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 53.

Giorno 6 Marzo 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1017.
Azoto totale gr. 1.244 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.040 °/₀
Az. coll. 3.2 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 31.

Giorno 19 Marzo 07 — P. S. = 1014.
Azoto totale gr. 1.468 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.031 °/₀
Az. coll. 2.1 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 ; 47.

Giorno 27 Marzo 07 — P. S. = 1016.
Azoto totale gr. 1.243 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.029 °/₀
Az. coll. 2.3 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 42.

Giorno 7 Aprile 07 (Crisi fisiologica) — (Albumina 2 °/₀₀) — P. S. = 1023.
Azoto totale gr. 1.038 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.057 °/₀
Az. coll. 5.5 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 18.

Ha partorito il giorno 8 Aprile 07.

Giorno 9 Aprile 07 (Albumina : 1 ½ °/₀₀) — P. S. = 1022.
Azoto totale gr. 0.961 °/₀ = Azoto colloidale gr. 0.031 °/₀
Az. coll. 3.2 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 31.

Giorno 11 Aprile 07 (Albumina : 1 °/₀₀) — P. S. = 1020.
Azoto totale gr. 1.167 °/₀ - Azoto colloidale gr. 0.046 °/₀
Az. coll. 4 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 25.

Giorno 15 Aprile (Albumina : assente) — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 1.566 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.046 °/₀
Az. coll. 2.9 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 34.

Giorno 19 Aprile 07 — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 1.852 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.048 °/₀
Az. coll. 2.6 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 38.

13.ª *Ida C.* d'anni 23 - Maritata. Casalinga. Nulla di gentilizio. A 18 anni sofferse di broncopolmonite acuta. Prima mestruazione a 11 anni regolare, successive sempre regolari, ogni 29 giorni, della durata di 5 giorni. Ebbe due gravidanze normali, con parti e puerperî fisiologici.

Ultima mestruazione 14 Luglio 06. Fenomeni simpatici quasi inavvertiti i primi mesi.

Entrata in Clinica lì 13 Febbraio 07; ha partorito lì 14 Aprile 07.

Puerperio normale. Allatta.

Condizioni generali — Buone.

Giorno 20 Febbraio 07 — P. S. = 1016.
Azoto totale gr. 0.874 % — Azoto colloidale gr. 0.014 %
Az. coll. 1.6 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 62.

Giorno 8 Marzo 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 0.690 % — Azoto colloidale gr. 0.016 %
Az. coll. 2.3 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 43.

Giorno 23 Marzo 07 — P. S. = 10e4.
Azoto totale gr. 0.762 % — Azoto colloidale gr. 0.011 %
Az. coll. 1.4 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 68.

Giorno 6 Aprile 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 0.615 % — Azoto colloidale gr. 0.017 %
Az. coll. 2.7 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 36.

Giorno 13 Aprile 07 — P. S. = 1019.
Azoto totale gr. 0.770 % — Azoto colloidale gr. 0.018 %
Az. coll. 2.3 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 42.

Ha partorito il giorno 14 Aprile 1907.

Giorno 16 Aprile 07 — P. S. = 1020.
Azoto totale gr. 0.520 % — Azoto colloidale gr. 0.009 %
Az. coll. 1.7 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 57.

Giorno 19 Aprile 07 — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 0.742 % — Azoto colloidale gr. 0.018 %
Az. coll. 2.4 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 41.

Giorno 22 Aprile 07 — P. S. = 1016.
Azoto totale gr. 0.805 % — Azoto colloidale gr. 0.023 %
Az. coll. 2.8 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 35.

Giorno 25 Aprile 07 — P. S. = 1019.
Azoto totale gr. 1.064 % — Azoto colloidale gr. 0.023 %
Az. coll. 2.1 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 46.

14.ª *Giulia L.* d'anni 25 - Nubile. Cameriera. Nulla di gentilizio. Sofferse di morbillo, pertosse ed angina catarrale. Prima mestruazione a 13 anni regolare, successive sempre regolari, lievemente dolorose, ogni 30 giorni, della durata di 6 giorni.

Ultima mestruazione 28 Luglio 06. Fenomeni simpatici evidenti i primi mesi.

Rimase in Clinica una prima volta dal 14 Febbraio al 2 Marzo 07 per curarsi d'una lieve erosione del muso di tinca; fece ritorno il 24 Aprile 07 in attesa del parto, che si espletò il 10 Maggio 07.

Puerperio normale. Non allatta.

Condizioni generali — Buone.

Giorno 15 Febbraio 07 — P. S. = 1015.
Azoto totale gr. 1.220 % — Azoto colloidale gr. 0.020 %
Az. coll. 1.6 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 61.

Giorno 25 Febbraio 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1017.
Azoto totale gr. 1.083 % — Azoto colloidale gr. 0.023 %
Az. coll. 2.1 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 47.

Giorno 25 Aprile 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1020.
Azoto totale gr. 0.919 % — Azoto colloidale gr. 0.024 %
Az. coll. 2.6 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 38.

Giorno 4 Maggio 07 — P. S. = 1016.
Azoto totale gr. 1.092 % — Azoto colloidale gr. 0.021 %
Az. coll. 1.9 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 52.

Giorno 8 Maggio 07 — P. S. = 1018
Azoto totale gr. 1.028 % — Azoto colloidale gr. 0.023 %
Az. coll. 2.2 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 44.
Ha partorito il giorno 10 Maggio 07.
Giorno 11 Maggio 07 — P. S. = 1022.
Azoto totale gr. 0.902 % — Azoto colloidale gr. 0.016 %
Az. coll. 1.7 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 56.
Giorno 15 Maggio 07 — P. S. = 1020.
Azoto totale gr. 1.185 % — Azoto colloidale gr. 0.032 %
Az. coll. 2.7 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 37.
Giorno 20 Maggio 07 — P. S. = 1017.
Azoto totale gr. 1.448 % — Azoto colloidale gr. 0.036 %
Az. coll. 2.5 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 40.
Giorno 24 Maggio 07 — P. S. = 1019.
Azoto totale gr. 1.742 % — Azoto colloidale gr. 0.036 %
Az. coll. 2.08 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 48.

15.ª *Teresa B.* d'anni 31 - Maritata. Domestica. Il padre alcoolista è morto di apoplessia cerebrale. Commette facili errori dietetici; è forte mangiatrice. Prima mestruazione a 13 anni regolare, successive sempre regolari, ogni 30 giorni, della durata di 4-5 giorni. Ebbe 5 gravidanze normali, con parti e puerperi fisiologici.

Ultima mestruazione 8 Luglio 06. Fenomeni simpatici evidenti i primi mesi, poi più nulla, se non in corrispondenza delle crisi fisiologiche, specialmente dell'ultimo mese di gestazione.

Entrata in Clinica li 20 Febbraio 07; ha partorito il 2 Aprile 07.

Puerperio normale. Allatta.

Condizioni generali — Buone.

Giorno 22 Febbraio 07 — P. S. = 1014.
Azoto totale gr. 1.168 % — Azoto colloidale gr. 0.022 %
Az. coll. 1.8 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 53.
Giorno 5 Marzo 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 0.836 % — Azoto colloidale gr. 0.025 %
Az. coll. 3.03 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 33.
Giorno 15 Marzo 07 — P. S. = 1016.
Azoto totale gr. 1.224 % — Azoto colloidale gr. 0.022 %
Az. coll. 1.8 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 55.
Giorno 26 Marzo 07 — P. S. = 1015.
Azoto totale gr. 1.060 % — Azoto colloidale gr. 0.023 %
Az. coll. 2.1 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 46.
Giorno 30 Marzo 07 — P. S. = 1017.
Azoto totale gr. 0.984 % — Azoto colloidale gr. 0.028 %
Az. coll. 2.8 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 35.
Ha partorito il giorno 2 Aprile 1907.
Giorno 4 Aprile 07 — P. S. = 1022.
Azoto totale gr. 0.833 % — Azoto colloidale gr. 0.015 %
Az. coll. 1.8 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 55.
Giorno 9 Aprile 07 — P. S. = 1019.
Azoto totale gr. 0.973 % — Azoto colloidale gr. 0.027 %
Az. coll. 2.7 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 36.
Giorno 15 Aprile 07 — P. S. = 1020.
Azoto totale gr. 1.460 % — Azoto colloidale gr. 0.036 %
Az. coll. 2.5 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 40.
Giorno 19 Aprile 07 — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 1.528 % — Azoto colloidale gr. 0.035 %
Az. coll. 2.3 % di Az. totale. — CN : NT = 1 : 43.

16.ª *Innocenza G.* d'anni 24 - Nubile. Cameriera. Nulla di gentilizio. Non sofferse mai malattia alcuna d'una qualche entità. Prima mestruazione a 13 anni regolare, successive pure regolari, ogni 28 giorni, della durata di 5 giorni. Ebbe una gravidanza normale con parto e puerperio fisiologico.

Ultima mestruazione 16 Luglio 06. Fenomeni simpatici lievissimi i primi mesi, poi più nulla.

Entrata in Clinica li 25 Febbraio 07, vi ha partorito li 15 Aprile 07.
Puerperio normale. Non allatta.
Condizioni generali — Buone.

Giorno 26 Febbraio 07 — P. S. = 1015.
Azoto totale gr. 1.422 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.023 °/₀
Az. coll. 1.6 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 61.

Giorno 9 Marzo 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 1.310 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.026 °/₀
Az. coll. 2 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 50.

Giorno 23 Marzo 07 — P. S. = 1015.
Azoto totale gr. 1.380 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.020 °/₀
Az. coll. 1.4 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 69.

Giorno 6 Aprile 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1017.
Azoto totale gr. 1.102 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.024 °/₀
Az. coll. 2.2 °/₀ di Az. totale. — CN: NT = 1 : 45.

Giorno 12 Aprile 07 — P. S. = 1012.
Azoto totale gr. 1.275 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.027 °/₀
Az. coll. 2.1 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 47.

Ha partorito il giorno 15 Aprile 1907.

Giorno 16 Aprile 07 — P. S. = 1022.
Azoto totale gr. 0.876 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.015 °/₀
Az. coll. 1.7 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 58.

Giorno 18 Aprile 07 — P. S. = 1020.
Azoto totale gr. 0.930 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.020 °/₀
Az. coll. 2.1 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 46.

Giorno 21 Aprile 07 — P. S. = 1020.
Azoto totale gr. 1.566 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.038 °/₀
Az. co l. 2.4 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 41.

Giorno 24 Aprile 07 — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 1.882 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.037 °/₀
Az. coll. 2 °/₀ di Az. totale. — CN : NT = 1 : 50.

17.ª *Elisa R.* d'anni 31 · Maritata. Casalinga. Nulla di gentilizio. Non sofferse mai malattia alcuna d'una qualche importanza. Prima mestruazione a 14 anni dolorosa, successive regolari ogni 30 giorni, della durata di 5-6 giorni.

Ultima mestruazione 14 Agosto 06. Fenomeni simpatici di media intensità i primi mesi, poi più nulla.

Entrata in Clinica li 27 Marzo 07; vi ha partorito li 9 Maggio 07.
Puerperio normale. Allatta.
Condizioni generali — Buone.

Giorno 29 Marzo 07 — P. S. = 1017.
Azoto totale gr. 1.056 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.015 °/₀
Az. coll. 1.4 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 70

Giorno 11 Aprile 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1017.
Azoto totale gr. 0.918 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.018 °/₀
Az. coll. 1.9 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 51

Giorno 24 Aprile 07 — P. S. = 1014.
Azoto totale gr. 0.941 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.014 °/₀
Az. coll. 1.4 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 67

Giorno 1. Maggio 07 — P. S. = 1016.
Azoto totale gr. 0.827 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.015 °/₀
Az. coll. 1.8 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 55

Giorno 8 Maggio 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 0.673 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.016 °/₀
Az. coll. 2.3 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 42

Ha partorito il giorno 9 Maggio 1907.

Giorno 11 Maggio 07 — P. S. = 1020.
Azoto totale gr. 0.622 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.010 °/₀
Az. coll. 1.6 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 62

Giorno 14 Maggio 07 — P. S. = 1020.
Azoto totale gr. 0.773 % — Azoto colloidale gr. 0.015 %
Az. coll. 1.9 % di Az. totale — CN : NT = 1 : 51
Giorno 18 Maggio 07 — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 1.057 % — Azoto colloidale gr. 0.026 %
Az. coll. 2.5 % di Az. totale — CN : NT = 1 : 40
Giorno 22 Maggio 07 — P. S. = 1017.
Azoto totale gr. 1.264 % — Azoto colloidale gr. 0.028 %
Az. coll. 2.2 % di Az. totale — CN : NT = 1 : 45

18.ª *Anna F.* d'anni 26 - Maritata. Casalinga. Padre alcoolista, arteriosclerotico, vive tuttora. Sofferse di colera a 6 anni, fu contagiata di sifilide verso i 22 anni. Prima mestruazione a 13 anni regolare, successive pure regolari, ogni 29 giorni, della durata di 6 giorni. Pigliò marito a 20 anni; a 24 anni rimase incinta; la gravidanza fu complicata da gravi disturbi autotossici, e da sindrome itterica; finì con parto prematuro all'8.° mese di un feto morto macerato con segni di infezione sifilitica. Fece opportune cure anticeltiche.

Ultima mestruazione 26 Agosto 06. Fenomeni simpatici accentuatissimi i primi mesi, che ricomparvero molesti anche l'8.° ed il 9.° mese di gestazione, sopratutto poi durante i periodi di crisi fisiologica.

Entrata in Clinica lì 29 Aprile 07; vi ha partorito lì 23 Maggio 07.

Puerperio normale. Allatta.

Condizioni generali — Temperamento artritico. Polisarcica. Si nota una tinta sub-itterica delle sclerotiche. Urobilinuria evidente. Feto vivo con manifestazioni sifilitiche.

Giorno 2 Maggio 07 — P. S. = 1015.
Azoto totale gr. 0.864 % — Azoto colloidale gr. 0.020 %
Az. coll. 2.3 % di Az. totale — CN : NT = 1 : 43
Giorno 10 Maggio 07 — P. S. = 1016.
Azoto totale gr. 0.935 % — Azoto colloidale gr. 0.024 %
Az. coll. 2.6 % di Az. totale — CN : NT = 1 : 38
Giorno 19 Maggio 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 0.816 % — Azoto colloidale gr. 0.031 %
Az. coll. 3.8 % di Az. totale — CN : NT = 1 : 26
Giorno 21 Maggio 07 — P. S. = 1019.
Azoto totale gr. 0.737 % — Azoto colloidale gr. 0.032 %
Az. coll. 4.3 % di Az. totale — CN : NT = 1 : 23
Ha partorito il giorno 23 Maggio 1907.
Giorno 24 Maggio 07 — P. S. = 1020.
Azoto totale gr. 0.762 % — Azoto colloidale gr. 0.019 %
Az. coll 2.5 % di Az. totale — CN : NT = 1 : 40
Giorno 27 Maggio 07 — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 1.026 % — Azoto colloidale gr. 0.041 %
Az. coll. 4 % di Az. totale — CN : NT = 1 : 25
Giorno 30 Maggio 07 — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 1.349 % — Azoto colloidale gr. 0.059 %
Az. coll. 4.5 % di Az. totale — CN : NT = 1 : 22
Giorno 2 Giugno 07 — P. S. = 1015.
Azoto totale gr. 1.522 % — Azoto colloidale gr. 0.044 %
Az. coll. 2.9 % di Az. totale — CN : NT = 1 : 34

II. — GRAVIDANZE COMPLICATE.

Gravidanze complicate da tubercolosi polmonare.

1.ª *Ernesta S.* d'anni 32 - Maritata. Sarta. Nulla di gentilizio. Non sofferse mai malattia alcuna d'una qualche importanza. Prima mestruazione a 15 anni regolare, successive sempre regolari, scarse. Andò a marito lo scorso anno.

Dal Novembre u. s. è affetta da broncoalveolite specifica dell'apice

polmonare destro, per cui tentò svariate cure. Da allora le mestruazioni si sono fatte più scarse, anticipanti di qualche giorno.

Ultima mestruazione 24 Marzo 07. Fenomeni simpatici gravi; crisi fisiologiche evidentissime: i disturbi dell'affezione specifica si sono molto aggravati: tosse molesta, espettorazione abbondante, deperimento organico spiccato.

Entrata in Clinica lì 19 Giugno 07, fu provocato l'aborto lì 27 Giugno 07.

Condizioni generali — Cattive.

Giorno 19 Giugno 07 — P. S. = 1022.
Azoto totale gr. 1.488 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.062 °/₀
Az. coll. 4.1 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 24
Giorno 23 Giugno 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1022.
Azoto totale gr. 1.358 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.090 °/₀
Az. coll. 6.6 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 15
Giorno 27 Giugno 07 — P. S. = 1017.
Azoto totale gr. 1.527 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.055 °/₀
Az. coll. 3.7 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 27

2.ª *Giulia E.* d'anni 34 - Maritata. Casalinga. Nulla di gentilizio. Non sofferse mai malattia alcuna d'una qualche importanza. Prima mestruazione a 15 anni regolare, successive pure regolari. A 17 anni andò a marito, ebbe 8 gravidanze, di cui tre abortive.

Nei primi mesi dello scorso anno contrasse un'affezione specifica ad ambedue gli apici polmonari, che solo da quattro mesi è curata all'Ambulatorio della Clinica Medica. Da allora le mestruazioni si sono fatte irregolari.

Ultima mestruazione nella prima metà di Novembre 06. Fenomeni simpatici evidentissimi; per di più, essendosi i disturbi a carico dell'affezione tubercolare molto accentuati, è inviata a noi dalla Clinica Medica per fare l'interruzione della gravidanza.

Entrata in Clinica lì 3 Marzo 07; fu provocato l'aborto lì 14 Marzo 07.

Condizioni generali — Cattive.

Giorno 7 Marzo 07 — P. S. = 1016.
Azoto totale gr. 1.850 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.098 °/₀
Az. coll. 5.5 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 18
Giorno 9 Marzo 07 — P. S. = 1014.
Azoto totale gr. 2.124 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.089 °/₀
Az. coll. 4.3 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 23
Giorno 13 Marzo 07 — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 1.804 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.090 °/₀
Az. coll. 5 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 20

3.ª *Francesca C.* d'anni 34 - Maritata. Casalinga. Nulla di gentilizio. A 14 anni sofferse di infezione tifoide. Prima mestruazione a 15 anni irregolare, successive sempre irregolarissime. A 20 anni andò a marito; ebbe sei gravidanze con parti e puerperi fisiologici.

Dallo scorso anno incominciò a soffrire di broncopolmonite tubercolare, per cui intraprese svariate cure.

Ultima mestruazione intorno i primi di Gennaio. Da allora peggiorarono notevolmente le condizioni dell'inferma tanto dal lato generale, quanto localmente.

Entrata in Clinica lì 21 Giugno 07; si interviene rapidamente, per le gravissime condizioni in cui versa, con lo svuotamento dell'utero, ma viene a mancare per paralisi cardiaca.

All'autopsia fra l'altro si riscontra una spiccata degenerazione grassa del fegato.

Giorno 23 Giugno 07 — P. S. = 1020.
Azoto totale gr. 1.746 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.068 °/₀
Az. coll. 4 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 25

Giorno 26 Giugno 07 — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 1.830 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.083 °/₀
Az. coll. 4.5 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 22

Gravidanze complicate da infezione sifilitica.

1.ª *Fiorina P.* d'anni 30 - Nubile. Domestica. Nulla di gentilizio. Non sofferse mai malattia alcuna d'una qualche importanza. Prima mestruazione a 14 anni regolare, successive pure regolari, ogni 30 giorni, della durata di 4 giorni. A 23 anni ebbe i primi rapporti sessuali; ebbe un aborto di tre mesi.

Ultima mestruazione 24 Agosto 07. Fenomeni simpatici evidenti i primi mesi. Due mesi fa contrasse un'ulcera sifilitica, cui dopo un mese circa seguirono manifestazioni secondarie.

Entrata in Clinica lì 1 Maggio 07; vi ha partorito lì 25 Maggio 07. In questo frattempo ha fatto due iniezioni di 20 centigr. ciascuna di calomelano.

Puerperio normale. Allatta.

Condizioni generali — Discrete. Il neonato non ha manifestazioni sifilitiche.

Giorno 3 Maggio 07 — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 1.348 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.028 °/₀
Az. coll. 2.09 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 48
Giorno 11 Maggio 07 — P. S. = 1016.
Azoto totale gr. 1.412 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.035 °/₀
Az. coll. 2.3 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 43
Giorno 22 Maggio 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1018.
Azoto totale gr. 1.308 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.048 °/₀
Az. coll. 3.7 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 27
Ha partorito il giorno 25 Maggio 1007.
Giorno 26 Maggio 07 — P. S. = 1022.
Azoto totale gr. 0.961 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.021 °/₀
Az. coll. 2.2 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 45
Giorno 29 Maggio 07 — P. S. = 1020.
Azoto totale gr. 1.239 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.034 °/₀
Az. coll. 2.7 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 36
Giorno 3 Giugno 07 — P. S. = 1020.
Azoto totale gr. 1.750 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.053 °/₀
Az. coll. 3.03 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 33

Gravidanze complicate da insufficienza cardiaca.

1.ª *Cristina O.* d'anni 33 - Maritata. Casalinga. Nulla di gentilizio. A 20 anni sofferse di reumatismo poliarticolare, cui ne residuò un vizio mitralico. Prima mestruazione a 13 anni regolare, successive pure regolari, ogni 30 giorni della durata di 4-5 giorni. Ebbe due gravidanze condotte a termine, con parti normali; due invece artificialmente interrotte per i gravi disturbi da insufficienza cardiaca venuti in campo.

Ultima mestruazione 28 Giugno 06. Fenomeni simpatici molestissimi e spiccati i primi mesi, accompagnati da tosse, palpitazione, affanno, dispnea ai minimi sforzi, stasi alle parti declivi, specialmente dopo una stazione eretta prolungata. Fenomeni che s'accentuano in modo evidente durante i periodi di crisi fisiologica. Non si ritiene però necessario interrompere la gravidanza.

Entrata in Clinica lì 22 Gennaio 07; ivi rimase fino al parto, che si espletò lì 14 Marzo 07.

Puerperio normale. Non allatta.

Condizioni generali — Discrete.

Giorno 26 Gennaio 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1026.
Azoto totale gr. 0.684 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.029 °/₀
Az. coll. 4.3 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 23

Giorno 7 Febbraio 07 — P. S. = 1022.
Azoto totale gr. 0.740 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.022 °/₀
Az. coll. 3.03 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 33
Giorno 13 Febbraio 07 — P. S. = 1022.
Azoto totale gr. 0.886 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.025 °/₀
Az. coll. 2.8 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 35
Giorno 24 Febbraio 07 (Crisi fisiologica) — P. S. = 1024.
Azoto totale gr. 0.724 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.045 °/₀
Az. coll. 6.2 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 16
Giorno 5 Marzo 07 — P. S. = 1021.
Azoto totale gr. 0.865 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.036 °/₀
Az. coll. 4.1 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 24
Giorno 12 Marzo 07 — P. S. = 1020.
Azoto totale gr. 0.806 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.042 °/₀
Az. coll. 5.2 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 19
Ha partorito il giorno 14 Marzo 1907.
Giorno 16 Marzo 07 — P. S. = 1024.
Azoto totale gr. 0.674 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.022 °/₀
Az. coll. 3.3 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 30
Giorno 18 Marzo 07 — P. S. = 1024.
Azoto totale gr. 0.782 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.044 °/₀
Az. coll. 5.8 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 17
Giorno 22 Marzo 07 — P. S. = 1022.
Azoto totale gr. 1.014 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.048 °/₀
Az. coll. 4.7 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 21
Giorno 27 Marzo 07 — P. S. = 1023.
Azoto totale gr. 1.155 °/₀ — Azoto colloidale gr. 0.044 °/₀
Az. coll. 3.8 °/₀ di Az. totale — CN : NT = 1 : 26

(Continua)

RECENSIONI.

PAUL BAR: **Leçons de pathologie obstetricale.** — Paris, 1907.

Il primo fascicolo di quest'opera magistrale fu pubblicato nel 1900; in esso erano esposti con tutta la limpidità, che noi ammiriamo negli scritti didattici francesi, i problemi ostetrici più importanti relativi alle stenosi pelviche.

L'opera aveva lasciato in tutti i cultori della specialità il desiderio di vederla continuata, secondo il piano che l'illustre Prof. Bar aveva tracciato nella breve introduzione.

Il secondo volume si è fatto piuttosto aspettare, ma nulla abbiamo perduto nel tempo, perchè l'opera è apparsa densa di materie, di esperienze, di vedute originali e chiusa in una veste tipografica delle più belle e delle più ricche. Noi non sappiamo veramente cosa ammirare più in questo volume, del quale ringraziamo l'illustre autore, se il suo contenuto importantissimo o lo splendore e la ricchezza delle incisioni e dei tipi.

Sono studii ai quali il Prof. Bar ha dedicato tutta la forza del suo ingegno e l'operosità del suo personale addetto al laboratorio da lui fondato nel suo servizio ostetrico dell'Ospedale di S. Antonio a Parigi. Gli studii contenuti in questo volume sono divisi in due parti: in una si tratta del fegato e dei reni nelle eclamptiche e nei feti di donne eclamptiche, della permeabilità renale nella gravidanza normale e complicata da albuminuria e da eclampsia. Nella seconda che è anche la più voluminosa tratta del si ricambio materiale al termine della gravidanza normale.

L'analisi di questa importantissima opera non è possibile possa farsi negli angusti limiti d'una recensione: noi ci limiteremo ad indicarla ai cultori della

specialità come opera fondamentale, da consultarsi per tutti coloro che vogliono muovere a ricerche ed a studii su questo intricatissimo e vastissimo campo.

Gigli.

Paul Bar: **Exposé des titres et travaux scientifiques.** — Paris, 1907.

Contiene oltre il *curriculum vitae*, i titoli dei lavori didattici, delle tesi di aggregazione dell'illustre clinico di Parigi; l'analisi di 168 lavori, che sono prova dell'attività sua sul campo della ostetricia.

La maggior parte di questi temi sono stati dettati da osservazioni cliniche che l'*A.* ha avuto occasione di fare nella sua vasta pratica privata ed ospitaliera, altri sono studii ai quali l'*A.* ha particolarmente rivolta la sua attenzione e che ancora oggi persegue con le sue osservazioni e con le sue ricerche. Così noi abbiamo molti ed interessanti lavori sul ricambio materiale nella gravidanza normale, sulla eclampsia, sulla gravidanza gemellare, sulle anomalie ovulari e fetali.

Questi lavori e questi studii sono raccolti molto opportunamente in 7 capitoli speciali, che noi qui passeremo rapidamente in rivista.

1. — *Questioni di anatomia e di fisiologia.*

Notevoli in questo capitolo sono le ricerche sul ricambio materiale nella gravidanza normale, che sono state raccolte in un ricco volume del quale noi faremo l'analisi. Fra le ricerche di anatomia noi indicheremo gli studii sopra l'aponevrosi genitale posteriore, sui rapporti della vescica col bacino al termine della gravidanza, sulla variazione dei diametri pelvici nelle diverse posizioni della donna.

2. — *Gravidanza normale e complicata.*

Questo capitolo contiene una importante osservazione di gravidanza interstiziale: molti temi sulle autointossicazioni gravidiche, particolarmente sulla eclampsia, su malattie complicanti la gravidanza. diabete, disturbi gravido-cardiaci, pielite, influenza, tubercolosi, ecc.

3. — *Parti e secondamenti.*

Molti ed interessanti osservazioni cliniche, fra le quali una di distocia per cisti idatidea del bacino ed una grave inversione uterina.

4. — *Puerperio patologico.*

Sulla importanza della sieroterapia nell' infezione puerperale con resultati non molto confortanti nè molto dimostrativi, e con la esposizione in varii temi della regola seguita all'Ospedale di S. Antonio per la profilassi e la cura delle infezioni puerperali. Un importante lavoro sul reumatismo puerperale nel quale l'*A.* dimostra gli stretti rapporti di questa forma principale con la infezione blenorragica.

5. — *Operazioni ostetriche.*

Numerosi lavori sono stati fatti dal Prof. Bar su questo soggetto, si può dire che tutte le operazioni ostetriche hanno fornito soggetto di studio all'*A.* Noi ricorderemo i suoi studi sulla embriotomia cefalica, sul taglio cesareo, sulla sinfisiotomia e i recenti suoi studi sul taglio lateralizzato, che noi vivamente desideriamo vedere ripresi e completati.

6. — *Neonato normale e patologico.*

Capitolo ricco di osservazioni interessantissime che si collega con l'ultimo.

7. — *Feto ed annesi fetali, loro malattie ed anomalie,* nel quale sono interessanti le sue ricerche sulla gravidanza gemellare.

Con questo ricco insieme di lavori e di lavoro, che onora l'autore e la scienza ostetrica francese, il Prof. Bar saliva recentemente alla cattedra del suo illustre maestro Prof. Tarnier, e dalla quale per l' immatura morte era stato strappato il compianto Prof. Budin, accompagnato dagli augurii e dai voti di quanti vedono in lui il continuatore di una tradizione gloriosa.

Gigli.

Egon Ranzi: **La diagnosi differenziale fra la torsione del peduncolo nelle cisti degli organi sessuali femminili e l'appendicite.** — Berl. Klin. Wochenschrift. N. 1. 1908.

La torsione del peduncolo di una cisti ovarica destra per la sua dolorabilità nella fossa ileocecale destra e l'impossibilità di una palpazione, per il vomito e la

febbre può essere scambiata con una appendicite. L' *A*. porta 4 casi della clinica dell' illustre Prof. Eiselsberg di Vienna.

N. 1. — Una donna di 24 anni ammalò durante una gravidanza di peritiflite; con cura medica migliorò e guarì: il parto fu normale. Dopo otto mesi nuovo attacco, formazione di essudato. Dopo 4 mesi pur scomparendo la tumefazione, credendo si trattasse veramente di un essudato da appendicite si opera e si trova: nulla di speciale all' appendice all' infuori di aderenze; invece un tumore grosso come un pugno, che originava dall'ovajo ed al quale si era fatta una torsione del peduncolo; si estirpa il tumore: la donna guarisce.

N. 2. — Donna di 40 anni. D' un tratto dolore nella fossa iliaca di destra. Alla palpazione non si avverte tumore. Si crede si tratti di un attacco di appendicite e si opera subito.

L' appendice è sana; nel piccolo bacino si trova invece un tumore grosso come una mela; portato all' esterno apparisce come una cisti del paraovario, alla quale si era fatta la torsione del peduncolo. Estirpazione, guarigione.

N. 3. — Ragazza di 36 anni. Soffre da anni di accessi dolorosi nella fossa ileocecale destra. Non si sentono essudati e veramente nulla nella regione appendicolare.

Pur tuttavia credendo trattarsi di una appendicite recidivante si opera. L'appendice nulla presenta che possa spiegare il quadro clinico. Nel piccolo bacino si trova una cisti dermoide grossa come una noce con torsione del peduncolo. Estirpazione, guarigione.

N. 4. — Ragazza di 15 anni, che aveva sofferto di quando in quando per l'avanti di leggieri dolori addominali, mentre stava mettendo dei libri in una cassa venne presa da forte dolore nella fossa ileocecale.

Esaminata dopo 48 ore si trova meteorismo e forte dolore sulla regione ileocecale diffusa alla vescica e nella minzione. All'esame rettale si sente a destra nel Douglas una resistenza dolorosa.

Il giorno dopo crescendo la temperatura ed essendovi il vomito si interviene. Appendice libera.

Idrosalpinge destra grossa come un grosso pugno, che aveva subìto una triplice torsione del peduncolo. Estirpazione, guarigione.

L'errore della diagnosi in questi casi è dovuto alla piccolezza del tumore, e all'essere alcune di queste donne vergini; quindi non fu fatto l' esame vaginale. In alcuni poi con i fatti si accordava l'anamnesi in modo che l' errore era facilissimo.

Per fortuna la terapia sia in un caso che nell'altro è la stessa. quindi l'errore di diagnosi non ha gravi conseguenze; non si fa che allargare l' incisione e portare il nostro intervento sul piccolo bacino. *Gigli*.

DOTT. FAGE: **Luxation du globe oculaire chez un nouveau-né.** — Archives d'ophtalmologie — Agosto 1907.

Una donna a bacino normale, che aveva ricevuto un forte trauma sull'addome, il domani con parto spontaneo diede alla luce un feto femina ben conformato, che presentava l'occhio sinistro totalmente fuoruscito dall'orbita, munito dei suoi muscoli, ed immerso entro uno spesso strato di tessuto cellulare edematoso, chiuso dietro la rima palpebrale. Caso molto raro a riscontrarsi, allorchè non si esercita alcuna manovra operatoria durante il parto.

L'A., sbrigliata la commessura esterna, ridusse il globo oculare nell'orbita, ve lo mantenne pei mesi per mezzo della tarsorrafia, dopo di che, riesaminata la bambina, riscontrò che il globo oculare rimaneva in posto, munito di tutti i suoi movimenti, solamente ne residuava un esteso leucoma.

Rebaudi.

I. C. BUCURA: **Il passaggio dei medicamenti nel latte della donna.** — Semaine médicale — Novembre 1907.

Conducendo le sue esperienze in donne che si trovavano durante la prima settimana dopo il parto, l'A. ha studiato il comportamento di medicamenti numerosi dal lato del passaggio o meno loro entro il latte, deducendone quindi interessantissimi corollari pratici.

L'iodio. l'acido salicilico, l'etere, l'antipirina usati a dosi medicamentose passano nel latte; i composti bromici, l'arsenico, l'urotropina al contrario non si riscontrano nel latte. I composti mercuriali si comportano diversamente a seconda vengono applicati per via gastro-intestinale o per via cutanea. Il calomelano ingerito a dosi non superiori a centigr. 30 o 40, anche suddivisi in parecchi giorni, determina la comparsa di mercurio nel latte e lo stesso succede se somministrato sotto forma di supposta; all'incontro non si ritrova mercurio nel latte se si eseguono frizioni cutanee con pomata mercuriale o si conducono iniezioni sottocutanee di sublimato e d'ossidocianuro di mercurio. Il chinino. la fenacetina, l'Hydrastis canadensis, il piramidone, il salolo, la codeina, il naftolo, il carbonato di litio, la digitale, il zolfo applicati sotto forma di unguento non si ritrovano mai nel latte. I purganti non passano mai nel latte, per modo che gli fu impossibile di riscontrarvi anche tracce di rabarbaro, di senna, di cascara sagrada, di fenolftaleina, d'acido tartarico.

Rebaudi.

O. Von Herff: **Il cloruro di zinco nel carcinoma, l'acido fenico nell'endometrite.** — Münchener Mediz. Wochensch. N. 7 — 1908.

Nel trattamento dell'endometrite è controindicato l'uso del cloruro di zinco, giacchè provoca non di rado coliche uterine, infiammazioni del collo, nel mentre ottimi resultati arreca l'acido fenico in soluzione alcoolica. Nell'endometrite gonococcica è da consigliarsi l'uso dell'iodio in soluzione, specialmente secondo la formula di Grammatikati: Alumnolo gr. 5. alcool e tintura d'iodio ana gr. 50.

All'incontro utilissimo si addimostra il cloruro di Zinco nel trattamento del carcinoma uterino, nel qual caso applicato per mezzo d'un tampone di ovatta sulla superficie carcinomatosa e quivi lasciato per parecchie ore, diminuisce le sofferenze ed i dolori locali, senza arrecare alcun possibile inconveniente nè generale, nè locale.

Rebaudi.

Dryfuss: **Chemische Untersuchung über Elampsie.** — Biochemisches Zeitschrift, bd. 7, H. 6.

Tra le placente normali e le placente di eclampsiche si riscontra una notevole differenza nel contenuto in azoto non coagulabile, il che lascia supporre che i processi di autolisi siano assai aumentati nelle placente eclampsiche.

Dallo studio sistematico della attività enzimatica dei vari organi risulta che il fermento autoproteolitico nelle eclampsiche è assai attivo; infatti si osserva che il rapporto tra l'azoto degli amidoacidi e l'azoto totale nei vari organi di eclampsiche è maggiore della norma.

E' perciò da ritenersi probabile che si abbia contemporaneamente una esaltazione della azione degli altri fermenti come ad esempio del fermento fibrinogeno, da cui resterebbe spiegato l'aumentato potere coagulante del sangue.

L'A. non è riuscito ad isolare speciali veleni nè dalla placenta eclampsica nè dal siero di eclampsiche; nega che si sia mai ottenuto dalla inoculazione di placente eclampsiche un quadro clinico simile in qualche modo alla eclampsia, e conclude che il rapporto tra placenta ed eclampsia deve venire negato non fosse altro per il fatto che spesso anche dopo la estrazione della placente compaiono crisi eclampsiche.

D'altra parte nessuna importanza patogenetica può attribuirsi all'acido lattico nella patogenesi della malattia: la sua presenza è un effetto della alterata funzione epatica o di una insufficiente aereazione del sangue.

M. S.

PARTE II.

PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

L'odissea di una levatrice e la triste sorte di una partoriente

a proposito della causa trattatasi alla

Corte d'Appello di Genova il giorno 8 febbraio 1908.

PEL PROF. L. M. BOSSI

DIRETTORE DELL'ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO DELLA R. UNIVERS. DI GENOVA

Nel dicembre 1907 venivo chiamato dalle due parti, accusa (parte civile) e difesa, rappresentata la prima dagli avvocati Priario e Magnasco, e la seconda dagli avvocati Erizzo padre e figlio e Oppenheim, a rispondere quale perito nel processo, giunto già in Corte d'Appello, contro la levatrice Ghersi Henry Maria che era stata primamente accusata di omicidio colposo in persona della defunta Giulietta De Gioia di Genova.

Accettai a tutta prima, direi, distrattamente, ma letto poi l'incartamento processuale avrei voluto esimermene e ciò per ragioni di riguardi collegiali, avendo constatato (come dalla presente relazione apparirà) che per compiere coscienziosamente il mio dovere dovevo di necessità mettermi in conflitto di opinioni e di giudizi con distinti miei colleghi.

Vero è che per ben due volte nel periodo di poco più di um mese mi dovetti presentare alla Corte per assistere al rinvio della causa per l'assenza la prima volta di uno dei testi, il dottor Frumento, la seconda volta per l'assenza del perito di difesa dottor Ramoino.

Si giunse così all'udienza dell'8 febbraio 1908.

Anche a tale seduta mancava, giustificandone l'assenza, il Dottor Ramoino.

Ora è a ricordarsi che il Dott. Ramoino era stato sino dai primordî, cioè fino dal 1905, si può dire l'unico perito di difesa della levatrice Henry che aveva quindi seguìto tutte le fasi del processo in istruttoria, in Tribunale e poi in Corte d'Appello.

Dico quasi l'unico perchè un anno prima era stato invero assunto quale perito il Dott. Guglielmo Depaoli, ma egli non si presentò, pare, mai alle udienze.

Era dunque naturale che io, ultimo arrivato, non volessi assumermi la responsabilità di deporre in assenza del perito che aveva guidato tutto il processo, tanto più, ripeto, che l'assenza era involontaria e il Dott. Ramoino l'aveva pienamente giustificata. Ma ciò non volle comprendere il Presidente della Corte d'Appello che mi minacciava di gravi pene se io non esponevo la mia perizia.

Per tal modo la levatrice Ghersi Henry si trovò ad avere un solo perito a difesa, nel mentre invece esistevano quattro periti d'accusa, e cioè il Dott. Arpini, che come tale oltre che come teste funzionò in udienza in unione al Dott. Puccio, ed i professori Severi e Ferraj che avevano formulato insieme al Dott. Puccio la perizia, le cui conclusioni, come vedremo, la colpivano pienamente.

Simile fatto basterebbe per sè stesso a giustificare le più amare considerazioni sul modo con che talora è amministrata la giustizia ove si pensi che, come chiaramente dimostrerò, eravamo in questo caso di fronte a una imputazione priva di una seria base, mentre in casi di imputati quasi rei confessi si permette sovente il più largo sfoggio di periti a difesa.

Ma ciò apparirà ancor più ove si sappia che fatta la mia perizia, con vivace discussione in confronto dei periti avversari, così la Parte civile che il Pubblico Ministero, fecero una critica strana entrambi, per quanto differente, delle mie conlusioni peritali.

E infatti la Parte civile, che per la prima mi aveva pregato di accettare la funzione di perito, disse che io avevo voluto imporre troppo l'autorità che mi veniva dalla mia posizione, l'altro che alle perizie bisogna dare un' importanza inferiore a quella che si deve alle testimonianze, che alla mia perizia prestava una fede relativa.

Entrambi, lo premetto, erano nei loro diritti di criticare chi demoliva le loro accuse, ma ciò potrebbe, nel delicatissimo caso attuale, lasciar ingenerare il dubbio che io abbia concluso più fondandomi su argomentazioni cliniche e scientifiche personali che sui fatti.

Ritengo quindi necessario pubblicare in succinto quanto alla Corte d'Appello esposi e ciò sia per dimostrare che io giudicai unicamente alla stregua di fatti constatati, sia per fornire ai lettori della *Ginecologia Moderna* un caso medico-legale e, dirò, anche sociale, istruttivo ed interessante.

Ed ecco la storia clinica e quella giudiziaria.

Giulietta Di Gioia, d'anni 27, ebbe un parto unico nel 1903 e diede alla luce una bambina vivente. Nei primi mesi del 1905 rimase incinta e la gravidanza decorreva, pare, regolarmente.

Giunta però verso il quinto mese e precisamente l' 11 giugno (giorno di domenica) provò un grave patema d' animo a causa della bambina che aveva avuto un improvviso malore.

Da tale momento la Di Gioia incominciò ad accusare malessere.

La visitò la levatrice Ghersi Henry che nulla riscontrò di notevole e consigliò di aversi dei riguardi e di tenerla informata di quanto accadeva.

Il 12 giugno (lunedì) si recò all'ambulatorio del Dott. Cervino e questi sospettando presenza di febbre e feto morto, la consigliò di ricoverare all'ospedale.

Essa però, pare senza esserne sconsigliata dalla levatrice, si recò invece per due giorni in campagna a Teglia da una parente. Vi rimase quindi il martedì e il mercoledì 13 e 14 giugno.

Il giovedì 15 giugno interpellò di nuovo la levatrice Henry e il venerdì si consigliò colla levatrice Zoboli. Quest'ultima, pare, la consigliasse di recarsi all'ospedale.

Comunque la paziente giunse, senza neppure tenere il letto, al pomeriggio del sabato 17 giugno in cui fu presa dai dolori del sopraparto.

Fu chiamato allora il Dott. Frumento che alle ore 16 esaminò internamente la Di Gioia e, come ebbe a dichiarare all'udienza, diagnosticò:

« *Gravidanza verso il V mese, aborto in atto, collo aperto e i piedini del feto nel canale cervicale, probabile* (non applicò il termometro) *febbre da feto morto* ».

Suggerì di chiamare subito la levatrice *alla quale lasciò scritto un biglietto in cui la consigliava di assistere l'aborto e di tamponare e chiamare qualora fosse rimasta la placenta e avesse avuto metrorragia.*

La levatrice Ghersi Henry giunse infatti circa mezz'ora dopo, e trovando i piedini già ai genitali esterni procedette all'estrazione del feticino. Senonchè, estratto il tronco, essendo il feto macerato, si ebbe il distacco della testa che rimase nella cavità uterina.

Tale fatto impressionò la madre e le molte vicine di casa che erano presenti al parto, le quali pare rimanessero inorridite di tale, *per noi*, banale incidente.

Da ciò le ire contro la levatrice, da ciò il grido di vendetta che si tramutò poi in una querela per omicidio colposo.

Ma proseguiamo. La Henry non si perdette però d'animo e fece chiamare d'urgenza un medico, il Dott. Leidi. Questi sopraggiunto mezz'ora dopo esaminò il tronco del feto che, affermò all'udienza, presentava tutti i caratteri di avanzata macerazione.

Addivenne poi all'estrazione della testa, ma dopo più di un'ora di vani tentativi non vi riuscì.

Tamponò la paziente e consigliò di soprassedere fino al mattino senza portarla all'ospedale. Assentossi così verso le 19.

Al mattino della domenica (18 giugno) alle ore 6 ritornò e fece nuovi ripetuti tentativi con molteplici manovre, ma non riuscendo ad estrarre la testa consigliò di portare la donna all'ospedale.

Fu chiamata la Croce Verde e la Di Gioia venne infatti portata a Pammatone ove fu ricoverata nella sezione ospedaliera *(Maternità)* senza avvertire per nulla il personale della Clinica Ostetrica Universitaria che ha pure la sua sede a Pammatone e due ostetrici sempre di guardia.

Non si potè accertare in quale ora precisa entrò all'ospedale, fu però assodato, che fu posta a letto nella Maternità di cui è primario il Dottor Sapelli, *prima delle 14.*

Ora, in udienza dell'8 febbraio, il Dott. Arpini afferma che chi in quel giorno funzionava da assistente e primario era lui stesso e che egli non fu avvertito della presenza in Maternità di tale ammalata se non alla sera dalle 19 alle 20 al suo domicilio mentre stava pranzando.

Si recò allora all'ospedale e senza l'aiuto di alcun altro sanitario pro-

cedette all'estrazione della testa nonchè all' estrazione della placenta, a cui fece seguire il raschiamento della cavità uterina perchè erano rimasti residui placentari.

« *Nei giorni seguenti,* depose il dottor Arpini, *continuò la temperatura febbrile e sopravvenne una parametrite destra con fatti di infezione generale. Questi fatti generali si andarono aggravando al punto che la donna venne a morire il 30 luglio* ».

La infelice della cui morte fu accusata la levatrice soccombeva dunque alla Maternità di Genova dopo 42 giorni *che vi era stata ricoverata e operata e 43 giorni dopo l'aborto!!*

Ma continuiamo la triste odissea.

Avvenuta la morte la madre e il marito della defunta denunciavano alla Autorità Giudiziaria la levatrice Henry Ghersi Maria e il Dott. Leidi quali colpevoli di tale morte.

L'autorità giudiziaria instaurò procedimento penale e nominava quali periti d'accusa i professori Severi e Ferrai e il Dott. Puccio quale ostetrico, i quali nel gennaio 1906 presentavano perizia giurata colle seguenti conclusioni:

« 1.° La levatrice Henry Maria peccò per inosservanza di regolamenti, sia per aver tenuto in cura da sola la De Gioia in preda a febbre e a processo infettivo, sia per essere intervenuta attivamente ad estrarre il prodotto del concepimento dall' utero di lei.

« 2.° Sia nell' uno che nell' altro caso dette prova di imperizia, non rendendosi conto delle reali condizioni della malata e non seguendo nell'estrazione del feto le norme mediche del caso.

« 3.° Non è possibile mettere in rapporto diretto la infezione e la morte della De Gioia coll'operato della levatrice. Poichè mentre il processo infettivo che condusse a morte la De Gioia già esisteva quando la levatrice la assunse in cura, nè quindi a lei ne è imputabile la insorgenza; d' altra parte non v' è elemento per asserire che detto processo infettivo fosse al momento dell'assunzione in cura guaribile, e che solo per l'imperizia della levatrice ebbe decorso funesto.

« 4.° Mentre è da ammettersi che nel miglior modo avrebbe agito il Dott. Leidi facendo sì che o per sua mano o per mano altrui l'utero della De Gioia venisse svuotato della testa permanutavi la sera stessa di sabato 17 giugno, nel suo operato non può ravvisarsi *negligenza* od *imperizia* a sensi di legge.

« 5.° Nessuna responsabilità può attribuirsi al Dott. Leidi per l'avvenuta morte della De Gioia da lui assunta in cura quand' era in preda a grave processo settico, mancando ogni elemento per ritenere il breve ritardo nello svuotamento dell'utero potesse causare od abbia in realtà causato o contribuito a causare la morte della donna ».

In base a tali conclusioni la levatrice e il Dott. Leidi venivano portati in Tribunale imputati di negligenza colposa e di imperizia.

Il Tribunale proscioglieva il Dott. Leidi da ogni colpa e dietro la valida difesa degli avvocati Oppenheim ed Erizzo proscioglieva pure la levatrice dall' imputazione di omicidio colposo, ma la riteneva colpevole di

negligenza e imperizia a norma degli articoli 3 e 5 del Regolamento ostetrico 26 febbraio 1890.

Contro tale giudizio ricorreva in appello la Ghersi Henry e l'appello si svolgeva come dissi il giorno 8 febbraio 1908 con la condanna condizionale sua a 200 lire di multa nonchè alle spese processuali!!

Gli articoli 3 e 5 del citato Regolamento, in base a cui la Henry fu condannata, sono:

Art. 3. — La levatrice è obbligata a far chiamare il medico non appena nell'andamento del parto o del puerperio si manifesti qualche fatto irregolare e non appena la temperatura, presa col termometro tenuto nel cavo ascellare per 15 minuti, superi 38 gradi centigradi.

Art. 5. — È vietato alla levatrice di adoperare istrumenti chirurgici o di praticare operazioni manuali sul feto nell'utero, alle quali non sia autorizzata dal diploma che l'abilita all'esercizio, salvo il caso di urgenza eccezionale per cui risulti la impossibilità di avere in tempo utile l'opera del medico; sul quale riguardo la levatrice assume la responsabilità del suo operato.

Manualità ed operazioni permesse alla Levatrice.

1 - Puntura delle membrane.
2 - Irrigazioni vaginali.
3 - Cateterismo vescicale.
4 - Clisteri semplici e purgativi.
5 - Scarificazioni della vulva.
6 - Episiotomia e sbrigliamento dell'imene.
7 - Riduzione dell'utero retroverso ed in istato di prolasso.
8 - Riduzione dell'utero rovesciato subito dopo il parto.
9 - Riduzione del funicoio e degli arti procidenti.
10 - Correzione dell'inclinazione della presentazione vertice.
11 - ***Estrazione podalica.***
12 - Rivolgimento per manovre esterne ed interne.
13 - Tamponamento della vagina.
14 - Secondamento artificiale.

Ma come può imputarsi la ***negligenza*** e imperizia per contravvenzione all'art. 3 se prima che la levatrice assistesse l'aborto la defunta era stata visitata dal Dott. Cervino, poi, ***mezz'ora prima*** dell'aborto, dal Dott. Frumento (noto quale sanitario coscienzioso e provetto) il quale non solo non consigliava il trasporto all'ospedale, ma neppure trovava necessario di rimanere ad assisterla pur avendo sentiti i piedini del feto già discesi attraverso il canale cervicale e suggeriva alla famiglia di chiamare la levatrice e a questa lasciava un biglietto ***invitandola ad assistere l'aborto e a chiamare solo se vi era metrorragia da secondamento?***

Come si può imputarla di abuso o imprudenza per l'art. 5, se, come risultò dalle testimonianze, essa levatrice si limitò a estrarre il feto quando i piedi erano già ai genitali esterni? Come si può imputarla di imprudenza se ogni professore di ostetricia e ogni trattato deve insegnare alla levatrice

a estrarre manualmente il feto non solo, ma anche a fare il rivolgimento quando siavi urgenza e se categoricamente il Regolamento permette l'estrazione manuale del feto?

Come si può imputarla di imperizia se accadde ad essa quanto ogni giorno può accadere a qualunque abilissimo ostetrico che, cioè, trovandosi il feto in avanzata macerazione, non riesce a impedire che la testa stacchisi dal tronco?

Come si può accusarla di negligenza quando, tosto estratto il tronco essa chiamò il Dott. Leidi e questi intervenne la sera stessa e il mattino seguente?

Come si può imputarla di negligenza e imprudenza e di non aver consigliato in tempo l'ospedale, se neppure il Dott. Frumento ciò consigliò e se anche il Dott. Leidi attese al mattino seguente dopo un secondo tentativo di estrazione a consigliare tale ricovero, e una volta ricoverata solo alla sera fu anche nell'ospedale operata?

Come si può imputarla di colpa della morte se la paziente moriva dopo 42 giorni di ricovero nell'ospedale e dopo 42 giorni che nello stesso ospedale era stata operata di estrazione oltrechè della testa, di placenta e di raschiamento?

Come fare ad essa tale imputazione se i dottori Frumento e Leidi esclusero esistesse infezione avanti fosse portata all'ospedale?

Via, la Parte civile, compiendo il proprio dovere, può cercare, anche arrampicandosi sugli specchi, di togliere efficacia alle mie affermazioni peritali, anche tentando di sollevare il dubbio a mio riguardo dell'abuso... dell'*ipse dixit*...

Il Pubblico Ministero nella sua funzione fiscale può dichiararsi scettico completamente in fatto di perizie e di periti quando le loro conclusioni non sono utili per la sua tesi. Ma i fatti sono fatti e quelli da me esposti e *documentati* non abbisognano di alcuna disquisizione peritale, di alcun lume scientifico per dimostrare che:

l'imputazione non aveva base;

che il processo doveva in questo caso arrestarsi in istruttoria;

che la Henry non era neppure da condannarsi alla sospensione dei cinque giorni voluti dal Regolamento nei casi di infezione, dal momento che nè il Dott. Frumento nè il Dott. Leidi avevano ritenuto si trattasse di caso di infezione da denunciarsi al Municipio e i fatti postumi, che portarono alla morte la paziente, ripeto, 42 giorni dopo il suo ricovero nell'ospedale. non si può escludere che, senza colpa di alcuno, siano a spiegarsi come conseguenza:

a) della presenza del feto macerato nell'utero;

b) delle manovre molteplici fatte, non dalla levatrice, che si limitò tirare sul tronco, ma successivamente e, s'intende, necessariamente, dai sanitari e per estrarre la testa e per estrarre la placenta e per praticare il raschiamento. Manovre che, si può calcolare, durarono 24 e più ore se si considerano il primo intervento del Dott. Leidi alla sera verso le 18 a domicilio riuscito vano, il secondo al mattino dopo una notte in cui rimase la testa nell'utero colla vagina tamponata, e questo pure riuscito vano; il terzo alla sera dopo le 20 all'ospedale fatto dal Dott. Arpini per estrarre

la testa; il quarto subito dopo per estrarre la placenta; il quinto per raschiare la cavità, fatto pure dal Dott. Arpini.

Diciamo pure, sintetizzando nel modo più ottimista, che fu un caso fatale, ma non permettiamo che negli annali giudiziari e peritali rimanga e passi inosservato, non criticato, simile caso, giacchè a tale stregua ogni morte di paziente potrebbe dar luogo a un processo penale a carico e di levatrici e di medici.

E chi frattanto compensa la levatrice Henry di quasi tre anni di martirio passati sotto processo (con 7 rinvî fra Tribunale e Corte d'Appello), dei danni morali e materiali enormi patiti, e della disistima che andò intorno a essa sviluppandosi?

Vi hanno pur troppo levatrici che disonorano la loro classe in molti modi e che ben meriterebbero di essere portate alla sbarra degli imputati. Ma quì male colpì la legge, e d'altronde sfugge la questione personale e rimane grave, impressionante, la questione di principio, e cioè della responsabilità personale sanitaria che ad ogni pie' sospinto può offrire occasioni o a persecuzioni personali o anche a ricatti con grave danno pure del prestigio di classe per la difesa del quale pure volli rendere di pubblica ragione la presente perizia.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Genova

DIRETTO DAL PROF. L. M. BOSSI

STUDIO CLINICO E MEDICO-LEGALE

DELLA

GRAVIDANZA TARDIVA

PEL

Dott. MARIO CIULLA, *Assistente*

(*Continuazione — Vedi N. 4*).

In rapporto al feto:

Esercita il sesso una qualsiasi influenza sulla maggiore o minore durata della gravidanza?

Ricerche in proposito non fanno difetto ed esse sono state istituite tanto negli animali come nell'uomo.

Molti autori: Tessier, Lord Spencer, Cramer, Cornevin, Gayot, Reuff, Burchmeister, Flemming (1), in seguito ad osservazioni fatte sulle vacche e sulle giumente, hanno finito con lo stabilire la legge, che *i feti maschi provengono in generale dalle gravidanze tardive, mentre che i feti femina provengono in generale da gravidanze che non oltrepassano la durata normale.*

Il Magne (1) però finì col contraddire la detta legge, essendogli risultato il fatto contrario nelle pecore.

Ricerche in proposito furono fatte dal Murphy (1) nella donna, in seguito alle quali, egli crede che *i feti maschi abbiano tendenza a soggiornare più a lungo che le femine nell'utero.*

Però l'opinione del Murphy venne contradetta dalla statistica del Gaston (loc. cit.), il quale afferma che nessuna differenza numerica si ha tra feti maschi e femine in rapporto alla maggiore o minore durata della gravidanza.

Il Winckel (loc. cit., pag. 16), in 31 casi di gravidanza tardiva mette in rilievo l'importanza del sesso dei feti: avendo egli ricontrato 27 maschi e solo 4 femine.

Nel maggior numero dei casi, notati nella letteratura, e descritti da Jaffè, Nunez Roissè, Pürkhauer, Riegler, Sprenkel, Brousin, Bensinger, Riedinger i feti sono di sesso maschile.

Nei miei 252 casi, dei quali *due gemellari,* ho trovato:

Maschi.	N.°	144
Femine.	»	110
		254

(1) Citati da CASALIS - loc. cit., pag. 100.

Cioè il 57.14 % è dato da feti maschi, mentre il 43.65 % è costituito da femine: normalmente il rapporto tra maschi e femine è come 105 o 106 : 100.

Nessun dubbio quindi che il sesso maschile ha il predominio nei feti tardivi e questo concetto statistico forma anche l'opinione volgare in quanto che spesso si sente ripetere da persone profane che le gravidanze più lunghe dànno un maschio e che in questi casi anche il travaglio è più lungo, più laborioso.

Tale prevalenza dei feti maschi tardivi risulta ancora più evidente dal sottostante specchietto, in cui ho considerato i feti venuti alla luce dal 300.° giorno in poi di gravidanza, classificandoli anche in rapporto alla primiparità e alla pluriparità:

Primipare. . . .	Feti maschi N.° 30;	Feti femina N.° 17
Pluripare	» » » 39;	» » » 28
	69	45

Da cui risulta che il numero totale dei feti che superarono il 299.° giorno di vita intrauterina è di 114 e di essi 69 (60.52 %) sono maschi e 45 (39.47 %) sono femine.

Ma ammettendo che il sesso abbia una certa influenza sulla durata della gravidanza e che i feti maschi abbiano la tendenza a protrarre, più che le femine, la loro vita intrauterina, noi non abbiamo concluso che sopra una costatazione di fatto. Resta però a risolvere il quesito: Qual'è la natura del processo per cui la gravidanza tende a protrarsi di più nel caso che il feto sia di sesso mascolino? Ciò sarebbe importante per la ricerca delle cause del protrarsi della gravidanza.

Allo stato attuale è difficile azzardare un'ipotesi, ma dato il fatto che il battito cardiaco fetale è più frequente nelle femine, anzichè nei maschi, come per il primo dimostrò nel 1859 il Frankenhaeser (1) e come, dopo di lui, è stato confermato dalla maggior parte degli autori, io credo che potrebbesi nella differenza degli scambii tra maschi e femine ricercarsi una delle tante cause, che possono concorrere alla maggior durata della gravidanza.

Ed in rapporto a tale quistione, delle ricerche da istituirsi sul liquido amniotico e sulle orine ed uno studio accurato della placenta dal punto di vista biochimico, potrebbero forse riuscire di grande importanza alla risoluzione del quesito. Nè sarebbero da trascurarsi delle ricerche sul sangue fetale e materno, intese a ricercare la quantità di CO_2, che avrebbe, secondo alcuni, un grande valore tra le cause, che dànno luogo al parto.

Ancor più importante è però la questione che riguarda il peso e la lunghezza dei feti tardivi.

Incomincio con l'osservare che nello studiare questi due caratteri somatici fetali, non intendo seguire l'abitudine di tutti gli autori di fare, per così dire, uno studio abbinato di essi; perchè mi pare che nel fatto stesso dell'abbinamento di tali due caratteri ci sia già il concetto *aprioristico*, che tenderebbe a mettere in rapporto tra loro peso e lunghezza dei feti, quasi che l'uno sia come funzione dell'altro: ciò, credo, può indurre in erronee conclusioni.

(1) FRANKENHAUSER - Monatsch. f. Geburt., B. XIV.

È generalmente ammesso che quando il feto ha uno sviluppo esagerato, la gravidanza dura più a lungo, ed, al contrario, si dice, che uno sviluppo deficiente del feto parla contro l'esistenza di una gravidanza protratta.

Issmer (1), avendo osservato un feto del peso di 6000 grammi, lungo 58 centimetri, conclude che tali caratteri fanno pensare ad una gravidanza tardiva ed aggiunge che: *la lunghezza del feto rappresenta il dato più importante nel giudizio di maturità dei neonati.*

Winckel nei 31 casi, sopra menzionati, calcolò per un peso medio di 4278 grammi e per una lunghezza media di centim. 53.8 un prolungamento di 31 giorni della gravidanza.

I varii autori, che ho più volte accennato, escrivendo i feti tardivi, oggetto della loro osservazione, notano dei pesi straordinarii, variabili tra il minimo di 4000 ed il massimo di 6355 grammi, e delle lunghezze variabili tra 53 e 67 centimetri.

Il Buzzoni ammette uno sviluppo esagerato del feto nei casi in cui la gravidanza si prolunga.

Il Bordè, nel ricercare in qual modo la vita riposata e tranquilla dà uno sviluppo maggiore del feto ne attribuisce la causa principale alla maggior durata della gravidanza.

Anche l'Alfieri sarebbe disposto ad ammettere *una certa tendenza della gravidanza a protrarsi* nei casi in cui il feto ha uno sviluppo notevole.

Il Guglielmi, dal suo studio fatto col materiale della Maternità di Milano, conclude che nel 7.54 °/₀ dei casi in cui il peso del feto era compreso fra 3250-4000 grammi, la gravidanza si sarebbe protratta oltre i 300 giorni e che pei feti pesanti più di 4000 grammi, il 300.° giorno sarebbe sorpassato nel 13.8 °/₀ dei casi.

Anche il Vaccari ammette che nella gravidanza tardiva si abbia *maggiore sviluppo somatico* del feto.

Il concetto di macrosomia fetale si è quindi voluto legare a quello di gravidanza tardiva e al concetto di macrosomia fetale si è le ato quello di aumento ponderale e aumento di lunghezza fetale.

È però certo che, nella pratica di tutti i giorni, vediamo i nati, dopo una gravidanza di durata normale, presentare differenze notevoli nel grado di sviluppo e capita di frequente vedere dei bambini, nati dopo una gravidanza prolungata, di sviluppo normale ed invece in altri casi i feti avere raggiunto un grado notevole di sviluppo, pur avendo avuto la gravidanza una durata normale o inferiore. Ed il Winckel stesso, a tal proposito, conclude che: *noi non siamo in grado, dallo sviluppo del prodotto del concepimento, di stabilire,* in modo preciso, *il tempo in cui esso rimane nell'utero; perchè,* come è stato osservato dal Credè e da altri *dentro il tempo in cui una gravidanza si prolunga, assai diverso può essere lo sviluppo del feto.*

È noto, d'altra parte, che lo sviluppo del feto, *indipendentemente dalla durata della gravidanza,* è in rapporto all'età e alla parità della donna, per cui, secondo Issmer, esiste nell'età della donna, una certa predisposizione per un maggiore sviluppo del feto, il quale sarebbe sempre più grosso mano mano che il numero delle gravidanze pregresse aumenta.

(1) Issmer - Arch. f. Gyn., XXXV - 1889, pag. 310.

Io non mi dilungo qui a dire dei risultati delle mie osservazioni riguardo ai rapporti esistenti tra peso fetale, età, parità delle donne, che ebbero gravidanze tardive; giacchè essi confermano i risultati ottenuti da Issmer, Veit (1), Spiegelberg (2), Hecker (3), Martin (4), e che cioè il peso del feto aumenta col numero delle gravìdanze, e che esiste un'età speciale, che favorisce il maggiore sviluppo ponderale del feto.

Esaminando piuttosto il peso dei feti tardivi, mi risulta che il peso medio di essi è uguale a grammi 3456. Ho poi trovato che:

In 65 casi il peso oscilla tra 2460-3250 grammi
In 144 » » » » » 3250-3999 »
In 45 » » » » » 4000-4600 »

E cioè il 25.59 % ha un peso inferiore al normale, il 56.69 % comprende i feti, che hanno un peso eguale o non molto superiore al normale; il 17.71 % comprende i feti di peso superiore ai 4000 grammi: solo in questi possiamo parlare di macrosomia fetale. Feti di peso straordinario non ne ho trovato tra quelli che ho preso in esame. Non mi pare quindi che si possa affermare che i feti tardivi siano macrosomici, formando i feti di eccessivo sviluppo la minima parte dei miei casi: è vero però che in generale essi hanno un peso superiore alla norma.

Ho ancora indagato quale rapporto esiste tra peso e sesso fetale, calcolando il peso medio dei feti maschi separatamente dal peso medio dei feti di sesso femminile, ed ho trovato che il:

Peso medio è = { nei maschi a grammi 3391
nelle femine a » 3724

E volendo verificare quale è il peso medio dei feti macrosomici (30 maschi e 15 femine), ho trovato:

Peso medio = { nei maschi macrosomici a grammi 4254
nelle femine macrosomiche a » 4164

In genere quindi i feti tardivi maschi hanno un peso minore che le femine; ma per i feti macrosomici tardivi sono invece le femine che hanno un peso minore dei maschi. Però anche per i feti macrosomici sussiste sempre il fatto che il numero dei maschi è superiore a quello delle femine e precisamente risulta dalle mie osservazioni che i feti maschi più pesanti stanno alle femine come 100:50.

I calcoli stessi che ho fatto in rapporto al peso, pensai di farli in rapporto alla lunghezza ed ho trovato:

In 14 casi una lunghezza tra 47-49 cm. }
» 9 » » » di 50 » } . . . 9.05 %
» 196 » » » tra 51-55 » }
» 32 » » » » 56-59 » } . . . 90.94 %
» 3 » » » » 60-61 » }

(1) VEIT - Fisiologia della gravidanza - Muller's Handb. f. Geb. Stuttgart, 1887.
(2) SPIEGELBERG - «Lehrbuch der Gebursthilfe», herausgeg. von Wiener: 2 Aufl., 1882.
(3) HECKER - Ueber das Gewicht des Foetus und seiner Anhänge in den verschiedenen Monaten der Schwangerschaft - Monatsch. f. Geb. und Gyn., Bd. XXVII, 1866.
(4) MARTIN - Manuale di Ostetricia - Vallardi - Milano.

Perciò nel 5.51 % la lunghezza è al di sotto del normale e tra questi casi abbiamo i 4 nati da gravidanza gemellare, dei quali uno è lungo soltanto 47 cm. Nel 3.54 % la lunghezza raggiunge la media normale, invece nel 90.94 % i feti tardivi hanno una lunghezza che supera la media normale.

Tali cifre valgono a dimostrare che in generale la lunghezza dei feti tardivi è superiore al normale, ciò che è in contrasto evidente con quanto risulta a proposito dello sviluppo ponderale, il quale nel maggior numero dei casi si avvicina al normale o lo supera non esageratamente.

La lunghezza media di tutti i feti tardivi mi risulta eguale a 53.46 cm. ed in rapporto al sesso la:

Lunghezza media è = { nei maschi a cm. 52.47
nelle femine a » 53.52

E considerando la lunghezza dei neonati più lunghi (tra 56 e 61 cm.) e facendo le medie in rapporto al sesso (25 maschi e 10 femine) si ha che la:

Lunghezza media è = { nei maschi a cm. 57.12
nelle femine a » 57

Concludendo possiamo asseri e che i feti tardivi sono quasi sempre più lunghi e che solo lievi differenze ci sono tra lunghezza e sesso fetale.

Ed ora mi domando: Esiste un rapporto tra peso e lunghezza fetale?

Il Guglielmi (loc. cit.) asserisce che ai pesi maggiori corrispondono le maggiori lunghezze e che alle maggiori lunghezze corrispondono i pesi maggiori. Però questo rapporto non è costante e perciò non può assurgere al valore di legge. In molti casi di feti tardivi, da me considerati, pur essendo il loro peso eguale o inferiore al normale, la lunghezza è superiore non solo relativamente al peso; ma anche in valore assoluto. D'altra parte, feti di peso superiore al normale possono avere una lunghezza inferiore alla norma.

È stato anche asserito che in rapporto al peso anche i feti provenienti da gravidanza di durata normale o inferiore spesso hanno un grado notevole di sviluppo. Ed io, scorrendo le cedole cliniche, ebbi spesso ad osservare che feti provenienti da parti precoci aveano un peso rilevante, però mai ho riscontrato delle lunghezze superiori alla norma; spesso tali feti erano di lunghezza minore.

Posso dunque asserire che l' eccessivo sviluppo ponderale non è un carattere costante dei feti tardivi: più costante è il carattere dell'eccessiva lunghezza, epperò nella gravidanza tardiva, piuttosto che parlare di macrosomia, possiamo invece asserire che si ha una vera e propria ***macromechia*** fetale.

Le mie osservazioni quindi confermano pienamente quanto a tal proposito il mio maestro Prof. Bossi ebbe a scrivere e cioè che nella gravidanza tardiva: « *in generale, il peso del feto è inferiore a quanto, in tali casi, dovrebbe essere; mentre è invece certamente superiore la lunghezza* ». Egli aggiungeva ancora che: « ...... *si sarebbe condotti a pensare ad un dimagrimento, ad una diminuzione del pannicolo adiposo del feto quando esso rimane nella cavità dell'utero al di là dei limiti fisiologici o piuttosto ad uno sviluppo*

graduale della parte scheletrica con non sproporzionato sviluppo del connettivo adiposo » (1).

Nel concetto del Bossi una grande importanza bisogna attribuire alle modificazioni scheletriche nei feti tardivi e tali modificazioni consisterebbero in un maggiore accrescimento delle ossa. Ed infatti, il dato più importante, secondo il Bossi, nei feti tardivi è *l' eccessiva ossificazione e l' ingrandimento delle ossa della testa*. In nessun caso il Bossi vide far difetto questo dato, al quale attribuisce la più grande importanza per la diagnosi d'ipermaturità in rapporto al protrarsi della gravidanza. Prima di lui pochi altri autori ebbero a portare la loro attenzione su questi caratteri delle ossa craniche del feto; infatti, scorrendo la letteratura, in un solo caso, descritto dal Riegler, trovo notato che il feto avea le *ossa resistenti*, e in tre casi pubblicati dal Cosentino (2) viene anche accennato alla resistenza delle ossa craniche dei tre feti tardivi.

Anch'io ho voluto ricercare se nei 254 feti tardivi è dato riscontrare tali caratteri accennati dal Bossi. E per questo ho tenuto di mira, specialmente i dimetri della testa fetale, non tralasciando mai di ricercare nelle storie cliniche se qualche accenno osse fatto in rapporto allo stato delle suture e delle fontanelle.

Il Bossi, specialmente in questi ultimi anni, ha dato anche grande importanza allo studio delle suture e delle fontanelle dei feti tardivi: in tutti i casi occorsi, in questi ultimi anni, è stato notato con assoluta costanza che le suture erano quasi o del tutto ossificate e che le fontanelle, specialmente l'anteriore, erano enormemente impicciolite ed in molti casi, come anch'io ebbi agio di osservare in quest' ultimo anno clinico, la fontanella anteriore era del tutto scomparsa.

Ora se noi pensiamo che le suture e le fontanelle rappresentano il coefficiente dello stato di ossificazione delle ossa craniche fetali, resta chiaramente dimostrato quanto importante sia lo studio di esse, in quanto che la precoce saldatura delle suture, l' impicciolimento o la scomparsa delle fontanelle, ci dirà, in modo certo, che in tali casi le ossa craniche sono precocemente ossificate e più di quanto normalmente si riscontra alla nascita.

Tale processo di avanzata ossificazione delle suture e di riduzione delle fontanelle ci dice che un più attivo processo di accrescimento ha avuto luogo già prima della nascita nelle ossa del feto, ciò che, oltre a spiegarci il costante aumento della lunghezza fetale, dovuta certamente all'allungamento diafisario delle ossa lunghe, ci dice anche il perchè le ossa craniche sono costantemente ingrandite nei feti tardivi.

E che tale sia lo stato delle ossa del cranio nei feti tardivi, oltre che essere stato dimostrato dal Bossi, è stato ancora recentemente costatato dall'Allen (3), il quale pare sia rimasto impressionato da tali caratteri, presentati dalla testa fetale.

(1) Bossi - La gravidanza tardiva - loc. cit., pag. 715.

(2) Cosentino - Distocia per gravidanza diuturna (?) - La Sicilia Medica - Anno , fasc. 1.°, Gennaio 1889, pag. 30.

(3) Allen - « Prolonged Gestation » - The American Journal of Obstetrics - New York - April 1907, pag. 511.

L'Allen infatti in 6 casi di gravidanza tardiva, parlando dei feti, in un caso dice che: « *the head was too large for the pelvis* »; in un secondo caso: « *Head vere large and hard* »; in un terzo caso così si esprime: « *Head was not measured, but was very large and hard; anterior fontanelle very small, sutures almost completely ossified* »; nel 4.° caso dice che il feto avea: « *head very large and extremely hard* »; nel 5.° caso: « *head almost entirely ossified* »; nel 6.° caso adopera l'espressione: « *head large* ». Tali espressioni, adoperate dall'Allen, valgono ancor più a dimostrare quanto il Bossi, nella sua memoria, avea già annunciato sullo stato delle ossa craniche fetali.

Scorrendo le cedole cliniche, solo in 53 casi ho trovato delle osservazioni dettagliate a proposito dello stato delle fontanelle e delle suture; epperò ho creduto opportuno, mediante la osservazione dei diametri, di studiare l'argomento se l'ingrandimento delle ossa craniche dei feti tardivi sia o non un fatto costante.

Ho considerato tutti i diametri della testa, come per lo studio della pretesa macrosomia fetale nella gravidanza tardiva, ho anche guardato ai diametri del torace e della pelvi fetale. Qui però riporto soltanto i risultati ottenuti dallo studio dei diametri: biparietale anatomico, occipito-frontale, sottocipito-bregmatico e diametro massimo, come quelli che sono più importanti per stabilire se vi ha ingrandimento delle ossa craniche. Non v' ha dubbio infatti che se tali diametri sono superiori al normale e conservano sempre un rapporto tra loro, bisogna ammettere che ciò dipenda non da deformazioni plastiche, subìte dalla testa fetale, durante il parto; ma rappresentano il coefficiente dell' esagerato sviluppo osseo e conseguentemente della precoce ossificazione delle suture e delle fontanelle.

Solo di 10 casi le cedole cliniche non riferiscono le misure diametriche della testa fetale e di essi la maggior parte è data da quelli in cui furono esercitati atti embriotomici e quelli in cui lo stato di macerazione non permise ricavare con esattezza il valore diametrico, epperò riporto le misure che riguardano 244 feti soltanto.

Negli specchietti seguenti riporto tali misure diametriche:

1.° Diametro biparietale anatomico:

2 casi in cui misurò meno di	90 millimetri	8.19 %
18 » » »	90 »	
63 » » » tra	91-94 »	61.47 %
87 » » » »	95-99 »	
74 » » » »	100-110 »	30.32 %

Misura media: millimetri 99.

2.° Diametro occipito-frontale:

5 casi in cui misurò	110 mm.	= 2.04 %
70 » » » »	111-119 »	= 28.68 »
96 » » » »	120 »	= 39.34 »
73 » » » »	121-135 »	= 29.91 »

Misura media: millimetri 121.

Misusa media della grande circonferenza: cm. 37.99.

3.° Diametro sottocipito-bregmatico:

15 casi in cui misurò	90-95 mm.	= 6.14 %
61 » » » »	96-99 »	= 25. »
168 » » » »	100-110 »	= 68.85 »

Misura media: millimetri 101.

Media piccola circonferenza: cm. 31.71.

4.° Diametro massimo:

27 casi in cui misurò	130 mm.	= 11.06 %
169 » » » »	131-140 »	= 69.26 »
48 » » » »	141-150 »	= 19.67 »

Misura media: millimetri 140.

Dalla tabella seguente si possono meglio valutare i risultati da me ottenuti:

Diametri	Media normale		Media nella gravidanza tardiva	
	Diametri	Circonfer.	Diametri	Circonfer.
Bpa.	9.2	28.6	9.9	31
Of.	11.0	34.5	12.1	37.9
Sob.	9.5	29.8	10.1	31.7
Dm.	13.5	42.3	14.0	43.9

E da essa si ricava che nei feti tardivi vi ha aumento dei diametri, della testa.

Però i sostenitori della macrosomia fetale, nella gravidanza tardiva potrebbero obbiettare che l'aumento dei diametri della testa fetale non rappresenta un dato caratteristico dei feti tardivi, perchè esso può essere in rapporto coll'aumento di tutti gli altri diametri del corpo fetale, macrosomico.

Ho già dimostrato che solo la minima parte dei feti tardivi sono macrosomici; pure. ad ovviare a tale obbiezione, avevo pensato di fare un esame dettagliato di tutti gli altri diametri fetali: bisacromiale, sterno-dorsale, sacro-dorsale, bitrocanterico per vedere se nei feti tardivi ci sia o meno aumento di tali diametri.

Però ho dovuto limitarmi a studiare soltanto il bisacromiale, che, del resto, è il più importante.

Le cifre che ho ottenuto riguardano soltanto 240 feti e da esse risulta che il bisacromiale in:

78 casi misurò meno di	120 mm.
116 » »	120 »
46 » »	121-145 »

e cioè nel 32.50 % fu inferiore, nel 48.33 % raggiunse la norma. e nel 19.16 % superò la misura normale.

I diametri della testa perciò sono più lunghi in valore assoluto e tale

maggiore lunghezza non può mettersi in rapporto con l'aumento degli altri diametri fetali.

Concludendo perciò possiamo dire che la macrosomia non è carattere distintivo dei feti tardivi, i quali invece sono quasi sempre più lunghi e presentano precoce ossificazione e avanzato sviluppo delle ossa craniche.

Riguardo agli altri caratteri: eccessivo sviluppo dei capelli, eccessiva lunghezza delle unghie, maggiore lunghezza dei piedi, come segni d'ipermaturità dei feti tardivi, niente posso dire di assoluto; però in alcuni casi, occorsi in clinica quest'anno, ho avuto dei reperti positivi, per alcuni di tali caratteri. — Negativo sempre mi riuscì il sintomo del Bond (1) secondo il quale nei feti tardivi, tra le pareti addominali e la guaina del cordone ombellicale, si troverebbe un anello di colorito rossastro, della larghezza di 2-4 mm.

***

In rapporto allo studio della placenta:

Niente posso dire dell'aspetto macroscopico di essa, perchè le cedole cliniche sono mute al riguardo, nè posso concludere niente di positivo, basandomi sull'osservazione di quelle poche placente tardive, che caddero sotto la mia osservazione: in un caso, ricordo, che tutto il tessuto placentare era come infarcito da un numero enorme di cisti, contenenti un liquido sieroso. Importante sarebbe lo studio microscopico e bio-chimico di tali placente: esperienze molto importanti ed assai recenti fanno ritenere a Dixon e Taylor (2) che la placenta abbia notevole importanza per la conservazione del tono muscolare dell'utero e che possa anche influire *sull'inizio del periodo del travaglio.*

I dati riguardanti il peso li ho trovati solo per 244 placente e mi risulta che:

Numero	3	placente	pesarono	ognuna	meno di	gr.	400
»	26	»	»	»	tra	»	400-500
»	84	»	»	»	»	»	501-600
»	81	»	»	»	»	»	601-700
»	33	»	»	»	»	»	701-800
»	11	»	»	»	»	»	801-900
»	3	»	»	»	»	»	901-1000
»	3	»	»	»	più di	»	1000

Il peso medio della placenta mi risulta eguale a grammi 637.26 e, delle 244 placente, l'88.11 % hanno un peso superiore a 500 grammi e solo nell' 11.88 % il peso è inferiore a 500 grammi.

Il peso medio della placenta quindi risulta evidentemente superiore a quello normale, stabilito in grammi 500-600 dal Cuzzi (3), in grammi 536 da Pinard (4), in grammi 501.8 da Spiegelberg (5), in grammi 480 dal Bu-

(1) Bond - Med. Times and Gaz. - 29 Agosto 1868.

(2) Dixon e Taylor - Azione fisiologica della placenta - Trans. of the R. Soc. of Med., 1907.

(3) Cuzzi - Trattato di Ost. e Gin., vol. I - Ed. Vallardi, Milano, pag. 2 2.

(4) Pinard - Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Serie IV, T. 2, articolo « foetus », Paris, 1877, pag. 472.

(5) Spiegelberg - Loc. cit., pag. 81.

stamante (1) e in grammi 490 dallo Sfameni (2). Certamente però le placente da me pigliate in esame non furono ripulite dai coaguli e dal meconio, alla quale precauzione Bustamante e Sfameni attribuiscono il peso minore da loro ottenuto in confronto a quello degli altri autori. Io trascuro questo errore in quanto che paragono i miei dati col peso medio placentare, stabilito dagli autori, che non ancora aveano cercato di evitare l'errore, giustamente considerato dallo Sfameni e poi perchè, trattandosi di considerazioni intorno a gruppi diversi di placente, i rapporti non sono imputabili di errore, cui ogni gruppo va soggetto nello stesso modo.

Esiste un rapporto tra il peso del feto e quello della placenta?

Seguendo il concetto che lo sviluppo del feto eserciti influenza sulla placenta o che all'inverso il maggiore o minore sviluppo della placenta stia in rapporto con l'accrescimento fetale, parecchi autori hanno ricercato se realmente esiste tale correlazione.

Il Fourman (3), lo Smith (4), il Joulin (5), il Millet (6), il Read (7), lo Zentler (8) affermano che lo sviluppo della placenta è in dipendenza dell'accrescimento del feto.

Ribemont-Dessaignes e Lepage (9), Pozzi e Brizio (10) affermano invece che lo sviluppo del feto dipenda da quello della placenta.

Charpentier (11) afferma che non esista affatto correlazione tra sviluppo fetale e sviluppo della placenta.

Sfameni afferma che il peso del feto si aumenta mano mano che si aumenta il peso della placenta, mantenendo un rapporto regolarmente saltuario, contrariamente a quanto Pozzi e Brizio asseriscono che cioè l'aumento della placenta non è costante e graduale col crescere uniforme e costante del peso del feto corrispondente, ma è saltuario ed a sbalzi.

Per ricercare il rapporto che esiste tra il peso fetale e quello della placenta, nella gravidanza tardiva, ho, prima di tutto classificato i casi raccolti a secondo del peso delle placente: ho fatto così 14 gruppi, dei quali l'uno si differisce dall'altro per la differenza di 50 grammi in peso

(1) BUSTAMANTE - Ètude sur la placenta (anatomie, physiologie, phatologie) - Thèse de Paris, 1868, pag. 23.

(2) SFAMENI - Sul peso delle secondine e del feto a termine e sui loro rapporti reciproci - Ann. di Ost. e Gin., Anno XXIII, Sett. 1901, N. 9, pag. 955.

(3) FOURMAN - Wovon ist das Gewicht der Neugerborenen abhängig? - Inaug. Diss., Bonn, März 1901, herausgeg. von C. Georgi, Bonn, 1901.

(4) SMITH - The relation of the weight of the placenta to the weight of the child - Amer. journ. of medic. Science, B. CII, pag. 95.

(5) JOULIN - Gaz. hebd., 1865; « Traité d'accouchements », 1866.

(6) MILLET - Recherches sur quelques points d'anatomie, de physiologie et de pathologie placentaire - Thèse de Paris, 1831.

(7) READ - The influence of the placenta upon the developement of the uterus during pregnancy - The Amer. journ. of the med. Science, B. XXXV, pag. 309, 1858.

(8) ZENTLER - Des rapports du poids du foetus au poids du placenta - Thèse de Paris, 1891.

(9) RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE - Précis d'obtétrique.

(10) POZZI e BRIZIO - Dati statistici su 2200 gravidanze e parti normali raccolti nell'Istit. Ost.-ginecol. di Torino, in rapporto all'età, peso, statura della madre, alla durata della gestazione e del travaglio del parto - Atti della Soc. Ital. di Ost. e Gin., vol. V, 1898.

(11) CHARPENTIER - Traité pratique des accouchements - 2.e édition, 1889.

della placenta. Ho poi calcolato per ognuno di tali gruppi il peso medio placentare ed il peso medio dei feti corrispondenti a ciascun gruppo: ho fatto indi il rapporto, dividendo il peso medio fetale per il peso medio placentare (V. tavola *A*).

Poi ho classificato tutti i casi, a secondo del peso fetale, in 24 gruppi, con una differenza di 100 grammi tra un gruppo e l'altro.

Determinai per ogni gruppo il peso medio fetale ed il peso medio delle corrispondenti placente: quindi ho fatto il rapporto tra i due pesi medii (V. tavola *B*).

Tabella A.

PLACENTE	N. dei casi	Peso medio		Rapporto tra peso medio fetale e peso medio placentare
		fetale	placentare	
al di sotto di gr. 400	3	3373	366	9.21 : 1
tra gr. 400 - » 450	6	3312	431	7.68 : 1
» » 451 - » 500	20	3315	488	6.99 : 1
» » 501 - » 550	35	3351	532	6.30 : 1
» » 551 - » 600	49	3479	587	5.92 : 1
» » 601 - » 650	42	3522	636	5.53 : 1
» » 651 - » 700	39	3797	679	5.59 : 1
» » 701 - » 750	19	3690	730	5.04 : 1
» » 751 - » 800	14	3898	779	5.00 : 1
» » 801 - » 850	7	4138	823	5.02 : 1
» » 851 - » 900	4	4050	875	4.62 : 1
» » 901 - » 950	2	4025	930	4.32 : 1
» » 951 - » 1000	1	4720	975	4.84 : 1
oltre i » 1000	3	5636	1120	5.03 : 1

Dando uno sguardo alla tavola *A*, si può concludere che, tranne lievi, trascurabili differenze in qualche gruppo, *il peso dei feti tardivi cresce coll'aumentare in peso delle rispettive placente.*

Riguardo all'ultimo gruppo, in cui ho posto le placente di peso superiore a 1000 grammi, debbo far notare che in esso sono comprese le due placente dei due parti gemellari ed ho considerato il peso dei quattro feti come se si trattasse di due feti soltanto.

Tabella B.

FETI	N. dei casi	Peso medio fetale	Peso medio placentare	Rapporto tra peso medio fetale e peso medio placentare
tra 2460 - 2500 gr.	1	2460	600	4.10 : 1
» 2501 - 2600 »	2	2600	560	4.64 : 1
» 2601 - 2700 »	1	2700	600	4.50 : 1
» 2701 - 2800 »	3	2766	526	5.25 : 1
» 2801 - 2900 »	3	2866	583	4.87 : 1
» 2901 - 3000 »	10	2974	536	5.54 : 1
» 3001 - 3100 »	18	3059	571	5.35 : 1
» 3101 - 3200 »	17	3160	601	5.25 : 1
» 3201 - 3300 »	24	3251	565	5.75 : 1
» 3301 - 3400 »	21	3346	592	5.65 : 1
» 3401 - 3500 »	22	3477	625	5.55 : 1
» 3501 - 3600 »	22	3557	598	5.94 : 1
» 3601 - 3700 »	17	3665	598	6.12 : 1
» 3701 - 3800 »	18	3768	647	5.82 : 1
» 3801 - 3900 »	11	3865	654	5.92 : 1
» 3901 - 4000 »	12	3949	643	6.13 : 1
» 4001 - 4100 »	15	4046	735	5.50 : 1
» 4101 - 4200 »	11	4116	743	5.60 : 1
» 4201 - 4300 »	4	4240	730	5.80 : 1
» 4301 - 4400 »	5	4288	774	5.54 : 1
» 4401 - 4500 »	4	4500	727	6.18 : 1
» 4501 - 4600 »	2	4560	705	6.46 : 1
» 4601 - 4700 »	—	—	—	—
» 4701 - 4800 »	1	4720	975	4.84 : 1

Considerando invece i risultati della tabella *B*, *non si può concludere che, nella gravidanza tardiva, all' aumento del peso fetale, corrisponde anche aumento del peso della placenta,* perchè sussiste un rapporto alquanto saltuario e irregolare nei diversi gruppi.

Nella gravidanza tardiva quindi il peso del feto cresce col crescere del peso della placenta; ma il peso di questo non si aumenta collo aumen-

tarsi del peso del feto. Dobbiamo perciò pensare che *il feto tardivo si adatta allo sviluppo della placenta e non che questa si adatti allo sviluppo del feto.*

Per la gravidanza tardiva le mie conclusioni, accordandosi con quelle che Pozzi e Brizio hanno fatto per le gravidanze di durata normale, confermano le supposizioni di Ribemont-Dessaignes e Lepage; non si accordano invece con quelle dello Sfameni, il quale nega una correlazione di causa ad effetto tra sviluppo fetale e sviluppo placentare ed anche volendo ammettere tale correlazione, tenderebbe piuttosto a dimostrare che è lo sviluppo del feto, che presiede e regola quello della placenta.

In quanto all'influenza che la lunghezza del cordone ombellicale può esercitare sul peso della placenta e del feto; espongo nello specchietto sottostante i risultati delle mie osservazioni, che si riferiscono a 243 casi di gravidanza tardiva, non avendo per gli altri casi potuto rilevare dalle cedole cliniche la lunghezza del funicolo:

Tavola C.

Lunghezza del cordone ombellicale	Numero dei casi	Percentuale	Peso medio	
			fetale	placentare
Inferiore a 50 cm.	43	17.69	gr. 3498	gr. 601
di 50 »	15	6.17	» 3594	» 606
tra 51 - 55 »	76	31.27	» 3561	» 621
» 56 - 60 »	45	18.51	» 3632	» 645
» 61 - 65 »	21	8.64	» 3607	» 653
» 66 - 70 »	18	7.40	» 3712	» 674
» 71 - 75 »	18	7.40	» 3471	» 607
» 76 - 80 »	3	1.23	» 3296	» 563
Superiore a 80 »	4	1.64	» 3342	» 707

La prima cosa che risalta dalla osservazione della tavola *C* è il fatto che una piccola parte delle placente (il 6.17 %) è fornita di cordone della lunghezza di 50 cm., ciò che contrasta col fatto che la lunghezza media da tutti ammessa è uguale a 50 cm.; invece ho ottenuto una media del 17.69 % di cordoni di lunghezza inferiore a 50 cm.: i cordoni più lunghi del normale formano la massima parte e cioè il 76.13 %.

Sembrerebbe poi che a cordoni più lunghi corrispondano anche placente più sviluppate e dico sembrerebbe, perchè tale conclusione mi viene infirmata alquanto dai risultati di due gruppi.

Però certamente la lunghezza del cordone non influisce sullo sviluppo del feto.

Ho ancora ricercato quale tipo d' inserzione del cordone prevale nei casi da me studiati, anche allo scopo di vedere se una influenza il tipo d'inserzione potesse esercitare sullo sviluppo del feto e della placenta. Ho classificato tutte le placente in 4 gruppi, a seconda del tipo d' inserzione: centrale, laterale, marginale, velamentosa e per ogni singolo gruppo ho calcolato oltre il procento, il peso medio delle placente e dei feti corrispondenti. Tali risultati si rilevano dalla tavola *D*:

Tabella D.

Tipo d' inserzione della placenta	Numero dei casi	Percentuale	Peso medio	
			fetale	placentare
Centrale	128	54.70	gr. 3599	gr. 661
Laterale	88	37.64	» 3637	» 641
Marginale	14	5.55	» 3383	» 660
Velamentosa . . .	4	1.28	» 3605	» 590

Emerge innanzi tutto la grande frequenza della inserzione centrale, che forma il 54.70 °/₀ di tutti i casi.

È degno di nota poi il fatto che le placente più sviluppate sono quelle in cui il cordone ha inserzione centrale: le placente ad inserzione laterale hanno un peso medio di poco inferiore a quelle con inserzione marginale: le meno sviluppate sono quelle con inserzione velamentosa.

Non si può concludere se una influenza abbia il tipo d' inserzione sullo sviluppo del feto, perchè vi sono delle disordinate oscillazioni nel peso medio dei feti dei singoli gruppi.Ho già accennato, parlando del peso del feto, che, nella gravidanza tardiva, i risultati da me ottenuti, confermano quanto è stato già osservato, per le gravidanze di durata normale, che cioè il peso del feto aumenta col numero delle gravidanze e coll'età della madre.

In rapporto all'età: come si vede dalla tavola *E*, il peso della placenta subisce, nella gravidanza tardiva, delle variazioni nel senso che, col progredire dell' età delle madri, oltre ad aumentare il peso del feto, si ha aumento nel peso della placenta; ma si tratta di differenze così lievi che non è dato poter concludere, in modo certo, che l' età della donna influisca sul maggiore o minore sviluppo della placenta.

Tabella E.

N. dei casi	Età	Peso medio della placenta
26	15 - 20	gr. 615
68	21 - 25	» 633
64	26 - 30	» 636
52	31 - 35	» 636
27	36 - 40	» 634
5	41 - 47	» 606

Non possiamo però scompagnare il dato dell' età da quello della parità; perchè è logico che, in generale, le donne che hanno maggior numero di figli sono quelle che hanno anche un' età maggiore delle altre, le quali hanno avuto un numero di figli minore.

TABELLA F.

Gestanti in rapporto alla parità		N. dei casi	Età media	Peso medio fetale	Peso medio placentare
I	pare	97	27	gr. 3286	gr. 631
II	»	45	29	» 3590	» 611
III	»	28	30	» 3655	» 673
IV	»	9	33	» 3663	» 644
V	»	17	33	» 3580	» 652
VI	»	13	35	» 3525	» 593
VII	»	9	37	» 3616	» 593
VIII	»	4	37	» 4040	» 635
IX	»	8	36	» 3832	» 646
X	»	3	35	» 3690	» 556
XI	»	2	35	» **5645**	» **870**
XII	»	1	33	» 4105	» 650
XIII	»	1	38	» 3130	» 550
XVII	»	1	42	» 4200	» 700

In rapporto al numero delle gravidanze, nella tabella *F*, ho classificato 238 casi (degli altri non ho trovato completi i dati necessarii) ed ho calcolato il peso medio fetale, il peso medio placentare, l' età media delle singole donne.

Risulta dalle cifre ottenute che il peso medio fetale si aumenta col. l'aumentare del numero delle gravidanze fino alle quartipare; ma che dalle quintipare in poi il peso medio fetale ha delle oscillazioni in più o in meno molto sensibili: il peso medio fetale nel gruppo delle XIpare è di molto al di sopra degli altri; però bisogna considerare che in tale gruppo è compreso un caso di parto gemellare e nel calcolo ho considerato i due feti come uno solo.

In quanto alla placenta i pesi medii ottenuti variano in modo disordinato e perciò dobbiamo escludere che il numero delle gravidanze abbia una influenza qualsiasi sullo sviluppo della placenta, e alla stessa conclusione dobbiamo venire se consideriamo il peso della placenta in rapporto a'll età.

In rapporto al sesso ho trovato che nei maschi tardivi il peso medio della placenta è di grammi 637.48; mentre nelle femine tardive è di grammi 619.25: i miei risultati si differiscono quindi da quelle che il Guglielmi riscontrò nello studio della macrosomia fetale, in quanto che Egli trovò invece il peso medio della placenta nelle femine di poco superiore a quello dei maschi.

Trattandosi però di differenze di pochi grammi, tanto nei risultati miei, come in quelli del Guglielmi, oserei affermare che anche nella gravidanza tardiva, come lo Sfameni avea affermato per le gravidanze di durata normale, nessuna influenza viene dal sesso esercitata sul peso e sullo sviluppo della placenta.

Lo stesso risultato ottenni calcolando il peso medio della placenta in 44 feti macrosomici tardivi; infatti il peso medio della placenta in 30 macrosomici, tardivi, maschi mi risulta eguale a grammi 743.66, mentre in 14 macrosomici tardivi, di sesso femminile mi risulta eguale a grammi 736.42.

E, guardando singolarmente ai varii casi, trovo che la placenta più voluminosa, del peso di grammi 1040, che ho riscontrato nei miei casi, appartiene ad un feto maschio del peso di grammi 4400, e così ho riscontrato anche due placente, una di grammi 975, l'altra di grammi 950, entrambe appartenenti a feti maschi, pesanti rispettivamente 4720 e 4150 grammi. Invece la più grossa placenta che ho trovato tra i macrosomici femminili è uguale a grammi 800 in un feto di grammi 4000. Inoltre delle due placente delle due gravidanze gemellari, una ha il peso di grammi 1100 e i due feti sono di sesso femminile, l'altra ha il peso di grammi 1220 ed uno dei feti è di sesso maschile: vi ha perciò anche in questo caso un peso placentare maggiore in coincidenza di un feto maschio.

Da ciò che ho esposto posso affermare che il peso della placenta è maggiore nei feti maschi, anzichè nelle femine.

***

In rapporto alla varia maggior durata della gravidanza, come anche in rapporto al numero delle giornate di degenza clinica delle donne in esame, calcolando il peso medio della placenta, ottenni i risultati che trascrivo nella tavola seguente:

Giorni di durata della gravidanza	N. dei casi	Peso medio della placenta	Giornate di degenza	N. dei casi	Peso medio della placenta
290 - 300	146	gr. 629	1	32	gr. 640
301 - 310	57	» 638	2 - 10	38	» 650
311 - 320	28	» 650	11 - 30	69	» 600
321 - 330	8	» 676	31 - 60	73	» 615
331 - 340	4	» 675	61 - 90	25	» 636
oltre 340	1	» 640	91 - 120	7	» 580
			121 - 144	1	» 650

Dalle quali cifre se ne può dedurre che ad una maggior durata della gravidanza corrisponde anche un aumento in peso della placenta; ma non se ne può egualmente inferire che tale aumento ponderale della placenta sia anche in rapporto alla maggiore degenza clinica delle donne.

Ora giacchè è il feto che si adatta allo sviluppo della placenta, come dai nostri calcoli è risultato, e non la placenta che si adatta allo sviluppo fetale, l'osservazione che lo sviluppo placentare non risente affatto l'influenza della maggiore o minore degenza clinica e perciò del riposo, verrebbe in certo modo a togliere importanza al concetto generalmente espresso che il riposo specialmente degli ultimi tempi di gravidanza valga ad aumentare il peso del feto; perchè se così fosse dovremmo vedere verificarsi un rapporto tra numero di giornate di degenza (ciò che dovrebbe significare riposo) e aumento ponderale della placenta.

*
* *

Qual'è la prognosi fetale nella gravidanza tardiva? La maggiore permanenza del feto nell'utero riesce per sè nociva alla vitalità del feto? o esso va incontro a dei pericoli durante il travaglio?

Dei 254 feti tardivi: 39 vennero alla luce asfittici di 3.° grado, ma furono rianimati; 5 nati asfittici non fu possibile ridarli alla vita; 14 nacquero morti. Emerge quindi la grande quantità di nati asfittici, come la grande mortalità, che è eguale al 7.48 °/₀. La mortalità dei feti tardivi è perciò più del triplo superiore a quella, che occorre nelle gravidanze di durata normale, in cui, secondo la maggior parte degli autori, raggiunge il 2 °/₀.

A quali cause dobbiamo attribuire così alta mortalità fetale? Se escludiamo un caso in cui un feto idrocefalico venne alla luce morto macerato e tre nati morti in seguito a rivolgimento (presentazione di spalla, procidenza di funicolo, bacino ristretto) e per i quali potrebbero essere invocate altre cause di morte, vediamo quali cause abbiano potuto influire alla morte degli altri.

In due si dovette procedere alla craniotomia, seguìta da cranioclastia, per avanzata ossificazione della testa fetale, molto voluminosa e per complicante inerzia assoluta dell'utero, per gli altri casi non possiamo invocare che la lunghezza eccessiva del travaglio, dipendente da completa inerzia dell'utero, tanto in periodo dilatante, come in periodo espulsivo e la precoce ossificazione delle suture e delle fontanelle, che impedendo un facile adattamento della testa lungo le ultime vie della trafila pelvica, finì certamente per creare degli ostacoli al pronto disimpegno.

Non posso concludere che alla morte del feto abbia contribuito l'ostacolo dato dall'eccessiva grossezza dei feti, in quanto che di tutti i feti, nati morti, due soli sono macrosomici (gr. 4200; gr. 4220); gli altri hanno il peso medio di grammi 3411.66.

Così anche per i 39 feti asfittici, rianimati, non possiamo invocare la macrosomia fetale, come ostacolo al pronto disimpegno; ma dobbiamo pensare all'eccessiva lunghezza del travaglio, come conseguenza dell'inerzia dell'utero e della precoce ossificazione e dello sviluppo maggiore delle ossa craniche. Tra tali feti infatti ne troviamo soltanto nove macrosomici con un peso medio di grammi 4244, gli altri invece hanno un peso medio di grammi 3330.

Cosicchè possiamo concludere che le cause, le quali mettono in pericolo la vita fetale e che dànno una mortalità esagerata, nella gravidanza tardiva, risiedono nell'inerzia dell'utero, da una parte, che dà luogo ad eccessiva lunghezza del travaglio e alla precoce ossificazione delle suture e delle fontanelle, oltre all'ingrandimento delle ossa craniche fetali, che finisce coll' essere di ostacolo al pronto disimpegno. Ne viene quindi che non la maggiore permanenza nell'utero; ma peculiari condizioni di questo e condizioni speciali del feto tardivo sono le cause, che dànno l' eccessiva mortalità fetale.

Per finire di parlare dei feti tardivi, mi è ancora necessario vedere brevemente il loro comportamento nei primi giorni della loro vita e qual'è l'avvenire lontano di essi.

Riguardo alla prima questione, le mie osservazioni si riferiscono a pochi casi, perchè non di tutti i feti, nel diario, ho trovato le notizie, che mi erano necessarie, riguardo al peso e alle condizioni di salute nei primi giorni dopo la nascita: specialmente poi mi sono attenuto alla osservazione di 12 feti tardivi, che ho potuto seguire *de visu* in quest'anno.

Ho notato, in tali feti, diminuzione di peso in corrispondenza dei primi quattro giorni dopo la nascita e tale diminuzione da un *minimum* di grammi 180 arrivò al *maximum* di gr. 330, con una media di gr. 270.

La maggior perdita in peso coincide col 2.° giorno dopo la nascita; epperò ad incominciare dal 4.° giorno si notano degli innalzamenti in peso, che già sono abbastanza manifesti dal 7.° giorno in poi: l'aumento in peso è talmente progressivo, che, arrivati al 9.° giorno, il feto ha già raggiunto il peso che avea alla nascita: dopo pochi giorni il peso del feto ha superato il peso iniziale e tutto l'organismo fetale ha dei caratteri, che lo fanno supporre ancora più progredito.

La poca perdita in peso dei primi giorni ci dice che la quantità di meconio, che il feto viene a perdere, non supera la quantità normale. Bisogna allora ricercare il perchè del rapido successivo aumento ponderale.

Ciò, di sicuro, deve essere messo in rapporto colla alimentazione del feto e perciò colla secrezione mammaria della madre. Certo, il fatto che il peso del feto si aumenta, con evidente rapidità, ci deve fare supporre che non solo i poteri di assimilazione del feto siano del tutto integri; ma che al feto viene somministrato del latte, che per qualità e per quantità deve essere tale da sopperire ai bisogni del feto e metterlo in condizioni di rapido accrescimento.

L'esattezza di tale supposizione ho potuto accertare con l'osservazione diretta di alcune donne, che formano oggetto del mio studio.

Già fin dal primo giorno di puerperio notai abbondante secrezione lattea, che andò sempre più aumentando ed il latte, microscopicamente esaminato, mostrava per la ricchezza, la forma, la grandezza dei corpuscoli, tutti i caratteri di un latte di ottima qualità.

La secrezione mammaria quindi, nella gravidanza tardiva, è abbondante, di buona qualità ed, in rapporto ad essa, i feti tardivi subiscono, fin dai primi giorni di vita, un notevole accrescimento.

La mortalità dei feti tardivi, già venuti vivi alla luce, mi risulta eguale a zero.

Niente posso asserire sull'avvenire lontano di tali feti; perchè non ho potuto avere l'opportunità di fare delle indagini in proposito.

Ma abbiamo noi delle presunzioni da fare in rapporto all'avvenire dei feti tardivi? Ci sono delle ragioni che possono farci sospettare un triste avvenire di essi?

Ci sono delle ragioni che ci fanno prevedere una influenza benefica della gravidanza tardiva sui feti?

Nessuna ragione può farci propendere per l'una piuttosto che per l'altra delle due supposizioni.

I pericoli ai quali il feto tardivo può andare incontro si riferiscono, specialmente al momento del parto.

Superati tali pericoli il feto tardivo niente si differisce dai feti provenienti da gravidanze di normale durata: l'avvenire di tali feti si connette allora coll'ereditarietà: i feti tardivi avranno un lontano avvenire buono, se fisiologica è la loro ereditarietà, triste invece sarà il loro avvenire se la loro ereditarietà è patologica.

***

In quanto alla *terapia ostetrica* nella gravidanza tardiva non mi resta che a ripetere quanto il mio maestro Prof. Bossi ha già scritto nella sua memoria.

Per quanto a me risulti che i feti tardivi non abbiano in generale uno sviluppo ponderale di molto superiore alla norma, pure bisogna tenere in calcolo che essi, non molto di raro, hanno un peso maggiore. E giacchè non possiamo mettere in dubbio che, in certo modo, il riposo eccessivo può influire sull'aumento ponderale del feto ed ammettendo anche che coll'eccessivo riposo la gravidanza tenda a prolungarsi, ne viene che in tutti i casi in cui ci si accorge che l'utero non ha la tendenza, tosto che la gravidanza è arrivata al termine normale, di liberarsi dal prodotto del concepimento, non sarà di certo conveniente inculcare alla donna un riposo eccessivo, converrà piuttosto consigliarla, perchè faccia una vita attiva, per quanto il suo stato possa comportarlo.

Il Guglielmi ha dimostrato che la mortalità dei feti macrosomici è maggiore del doppio di quella che normalmente si suole avere. E perciò dobbiamo evitare tutte le cause le quali siano tali da contribuire ad un eccessivo sviluppo fetale, che non solo riesce nocivo alla madre, non solo aumenta la mortalità fetale in sopraparto, ma concorre anche, secondo il Guglielmi, a rendere non molto buono il loro avvenire lontano. Il Guglielmi crede infatti che forse per il forte trauma, che necessariamente debbono sopportare per venire alla luce, i feti macrosomici vengono a trovarsi in condizioni d'inferiorità e così egli spiega l'enorme mortalità del 40.54 $^0/_0$, da lui trovata, di tali feti nel primo anno di vita.

Nei casi da me presi a considerare, non possiamo invero parlare di macrosomia fetale; ma l'ingrandimento delle ossa craniche, la precoce saldatura delle suture e delle fontanelle, immancabili caratteristiche dei feti tardivi, finiscono col creare delle condizioni, che mettono in grave pericolo la vita del feto durante il travaglio, tanto più che, come abbiamo visto, nelle gravidanze protratte occorre con straordinaria frequenza l'inerzia del-

l'utero: sono precisamente tali condizioni della testa fetale, che oltre a farsi causa di numerose lesioni materne, contribuiscono all'eccessiva mortalità fetale, che è a noi risultata nel rapporto del 7.48 %.

Queste considerazioni ci dicono che l'Ostetrico ha il dovere di sorvegliare, perchè la gravidanza non si protragga di molto ed è precisamente lo sviluppo del feto, in genere, il volume della testa fetale, in ispecie, l'indice al quale l'ostetrico si deve riferire nel caso che nella sua mente si affacci il problema sulla opportunità o meno di lasciare che ancora la gravidanza si prolunghi.

Nel caso in cui ci è dato di costatare che la testa è abbastanza sviluppata, non bisogna più oltre permettere che la gravidanza si prolunghi. Il Bossi in tali casi ricorre alla somministrazione di purganti energici, dando tra essi la preferenza alle pillole del Cooper: ho visto che, non di raro, dopo la somministrazione di 2-3 di esse la donna incomincia ad avere delle intense contrazioni uterine e si mette tosto in travaglio.

Altre volte però la gravidanza continua ed allora conviene, come consiglia il Bossi, procedere alla *provocazione artificiale del parto* e dico provocazione del parto e non *interruzione artificiale della gravidanza;* perchè, come fa giustamente osservare il mio Maestro, non è dato più parlare di interruzione di gravidanza quando questa ha oltrepassato i suoi limiti normali.

Il metodo Krause, nei casi non molto urgenti, la dilatazione meccanica immediata col dilatatore Bossi nei casi urgenti o quando si è addimostrato insufficiente il metodo Krause, hanno qui la loro precisa indicazione; ma è specialmente alla dilatazione meccanica immediata che bisogna dare la preferenza; perchè con tale metodo, oltre a salvare dei feti che coll'ulteriore protrarsi della gravidanza sono destinati a morire, si riesce anche ad evitare le gravi emorragie atoniche, consecutive all'inerzia dell'utero, così frequente nelle gravidanze, che si protraggono oltre il termine fisiologico.

Alla gravidanza tardiva si associa, assai di frequente, il sopraparto prolungato ed una grande mortalità fetale nella gravidanza tardiva si ha più specialmente in questi casi in cui coincide il dilungarsi del sopraparto quando già questo si è iniziato: è uopo allora intervenire collo *acceleramento del sopraparto.*

Nei casi in cui la gravidanza si è protratta oltremodo ed il volume della testa fetale ci fa supporre delle difficoltà nell'espulsione, non bisogna dimenticare di usufruire della *posizione del Walcher.*

Ma purtroppo talvolta anche l'aumento dei diametri ottenuto coll'iperestensione del Walcher è insufficiente: in allora, a feto morto ci decideremo per un intervento embriotomico, la craniotomia seguita da cranioclastia; ma a feto vivo l'unica risorsa è la *pubiotomia* del Gigli.

Il Bossi in un caso di gravidanza tardiva in donna con viziatura pelvica di 1.° grado, mediante tale intervento, onore e gloria della Ginecologia Italiana, potè salvare il prodotto del concepimento, senza danno della paziente che ebbe un puerperio del tutto fisiologico.

***

Per concludere ora sull'argomento mi è necessario ritornare sulla questione medico-legale.

Il perito si trova tuttavia in una posizione assai difficile nei casi in cui viene dai Tribunali chiamato ad emettere il suo giudizio sulla legittimità o meno di una nascita tardiva; giacchè egli, dovendo sempre accogliere con cautela e con diffidenza le affermazioni della donna, oggetto del suo esame, deve di tali affermazioni fare astrazione

D'altra parte il perito medico-legale non può fornire al magistrato un dato indiscutibile sul giorno in cui la gravidanza ha avuto principio; perchè come ebbe a dire il Winckel: « *non soltanto oggi, ma forse mai saremo in grado di affermare in modo preciso il giorno in cui una gravidanza s'inizia* ».

Ciò per uno dei termini, l'inizio della gravidanza; per l'altro, cioè la massima estensione da concedere alla durata della gravidanza, le decisioni di legge non hanno tuttavia tolto il campo alla discussione delle nascite tardive e ciò che è ancora più strano, come ho già detto, gli articoli di legge relativi dei varii codici delle varie nazioni europee, che pure dovrebbero essere, per così dire, all'unisono in tutto ciò che è in rapporto ai concetti acquisiti dalla scienza, che è *una*, non sono tuttavia d'accordo nello stabilire un limite più esteso all' *ultimum tempus pariendi mulieribus constitutum!*

Il perito, come dice Hoffmann (1), deve necessariamente « *indurre il momento in cui avvenne il concepimento soltanto dal momento del parto, dallo sviluppo del neonato oppure dal grado delle modificazioni riscontrate nell'organismo della donna in esame e particolarmente negli organi genitali* ».

Emerge da questo concetto l'importanza dello studio clinico dell'argomento.

Indagare le cause locali, climatiche, ereditarie, personali e accidentali, che possono contribuire al prolungamento della gravidanza; ricercare le modificazioni che una gravidanza ritardata induce sull'andamento di essa, sui fenomeni del travaglio, sulle modificazioni degli organi genitali; descrivere le modificazioni somatiche dei feti tardivi e degli annessi fetali, studiare il ricambio della madre e del feto, significa volere ricercare i dati, che possono fornire al magistrato i criterii per emettere il giudizio sulla legittimità o meno di una nascita tardiva.

Tali criterii di ordine clinico, saggiamente accoppiati a criterii di ordine morale, concernenti la personalità della donna in esame, possono nei singoli casi mettere il perito nella condizione di dare un giudizio sereno e coscienzioso.

È però necessario che tanto il perito come il magistrato non si lascino fuorviare dal concetto aprioristico dell'inesistenza di gravidanze oltremodo prolungate e s'ispirino a quanto il nostro Lombroso (2), già da tempo, ebbe a dire che dinnanzi ai « *casi accertati di parti avvenuti oltre i 300 giorni, il perito, dacchè non lo fa legge, dovrà tener conto* ».

***

Riassumendo ora sulle conclusioni alle quali sono arrivato in seguito

(1) Hoffmann e Kolisko - Trattato di Medicina legale - Milano, Soc. Ed. Libraria, 1905, pag. 171-176.

(2) Lombroso - Medicina legale - Torino, Fratelli Bocca, 1900, pag. 435.

allo studio e alle considerazioni che ho fatto sopra i 252 casi di gravidanza tardiva, posso affermare che:

1.° La gravidanza tardiva che probabilmente riconosce l'influenza della razza ed è abitudinaria nella stessa donna, occorre con una frequenza che varia coi diversi anni, e con delle oscillazioni, che si debbono mettere in rapporto coi varii mesi e quindi con le stagioni, nel 7.61 °/₀ di tutte le gestanti e nel 10.83 °/₀ dei parti a termine.

2.° L'età, l'epoca di comparsa della prima mestruazione, la durata delle mestruazioni e del periodo intermestruale, la professione, il riposo durante la gravidanza, la statura, la conformazione del bacino, la iperdistensione dell'utero sono tutte delle cause incerte in rapporto al fenomeno del protrarsi della gravidanza. Esse potrebbero, in ogni caso, rappresentare delle cause coadiuvanti il momento eziologico più importante, che bisogna ricercare nell'utero anatomo-fisiologicamente considerato e che probabilmente consiste in una eccessiva e precoce degenerazione grassa del muscolo uterino in gravidanza. Epperò, sotto tale punto di vista, maggiore importanza bisogna attribuire allo stato abituale di salute della donna, al numero delle gravidanze, allo stato di salute durante il periodo gravidico, alle emorragie, alla costituzione fisica, al numero degli allattamenti e conseguentemente allo avvicendarsi delle gravidanze.

3.° La gravidanza tardiva rappresenta una vera e propria complicazione ostetrica:

a) perchè molto prolungato il travaglio del parto, specialmente in periodo dilatante, ciò che è dovuto all'inerzia primitiva essenziale dell'utero, che è quasi la regola nel parto serotino ed in conseguenza della quale facili occorrono le emorragie atoniche dopo il secondamento;

b) perchè occorrono con grande frequenza gl'interventi operativi e, indipendentemente da questi, si ha una grande percentuale di lesioni, che si verificano durante il parto;

c) perchè, se favorevole è la prognosi materna, non si può lo stesso asserire in rapporto ai feti la cui mortalità, raggiunge il 7.48 °/₀.

4.° L'eccessivo sviluppo ponderale dei feti tardivi, prevalentemente maschi, non è una caratteristica costante, invece più importante è il dato della loro eccessiva lunghezza; epperò, nella gravidanza tardiva, piuttosto che di macrosomia, parleremo di vera e propria *macromechia* od *eumechia* fetale, con precoce ossificazione ed avanzato sviluppo delle ossa craniche.

5.° Le placente, fornite in generale di cordone più lungo che al normale e ad inserzione prevalentemente centrale, hanno uno sviluppo ponderale superiore alla norma: questo è in rapporto della maggiore o minore durata della gravidanza, ma non risente l'influenza della maggiore o minore degenza clinica della gestante; è maggiore per i feti maschi e ad esso si adatta lo sviluppo del feto.

6.° La mortalità dei feti tardivi, venuti vivi alla luce è uguale a zero: tali feti non subiscono una abnorme diminuzione di peso alla nascita, anzi si verifica in essi un accrescimento piuttosto rapido, che si deve mettere in rapporto sia con le ottime condizioni dei loro poteri di assimilazione come anche con la secrezione mammaria delle madri, che è costantemente abbondante e buona per i suoi caratteri qualitativi.

L'avvenire lontano dei feti tardivi non differisce, presumibilmente, da quello degli altri e si riannoda alla loro ereditarietà.

7.° In rapporto alla quistione medico-legale:

Considerando che nel 4.50 % la gravidanza si prolunga oltre i 300 giorni e che nell'1.89 % tale limite supera i 310 giorni e che inoltre nel 0.55 % la gravidanza oltrepassa i 320 giorni, bisogna concludere che i limiti superiori della durata della gravidanza, quali sono stabiliti dai codici vigenti in Europa, sono troppo ristretti, epperò s'impongono delle modifiche agli articoli di legge relativi e con speciale riguardo per il codice francese e per il codice italiano.

Genova, Ottobre 1907.

RECENSIONI.

LUIZ M. DE REZENDE PUECH: **Gynecologia e alienaçao mental.** — Archivos brasileiros de Psychiatria, Neurologia e Sciencias affins, A. III, Ns. 3-4.

Dallo studio di un materiale abbondante e diligentemente raccolto nell'Hospicio Nacional de Alienados di Rio de Janeiro, l'*A.*, per quanto riguarda i rapporti esistenti fra alienazione mentale ed affezioni ginecologiche, è venuto alle seguenti conclusioni:

Nelle alienate sono frequenti le infermità concomitanti dell'apparecchio genitale, ed in molti casi è dimostrabile uno stretto rapporto fra affezione genitale ed alienazione di mente.

Nelle alienate, contemporaneamente affette da infermità dell'apparecchio genitale, è sempre opportuno istituire un razionale trattamento ginecologico, che non di rado beneficamente influisce sul disturbo mentale. Su 12 casi pigliati in cura, l'*A.* ha potuto riscontrare 4 casi di guarigione.

E' dunque utilissimo praticare nelle alienate, sia all'atto della loro ammissione, che durante la permanenza loro negli appositi istituti, un esame ginecologico, poichè molte volte passano inosservati e misconosciuti alla stessa paziente, anche notevoli stati morbosi dell'apparecchio genitale.

E' necessario istituire nei luoghi di cura per alienati un servizio speciale d'igiene genitale per le ricoverate.

Rebaudi.

G. ROTTER (Budapest): **Lesioni della vagina causate dal coito.** — Gynäk. Rundshau, 1907, N. 11.

L'*A.* ne riporta tre casi:

1.° Trattasi di una donna di 57 anni nullipara, la quale pratica il coito dalla prima giovinezza, e viene portata all'ospedale mentre perdeva sangue.

L'emorragia cominciò dopo un coito nella posizione dorsale, e proviene da uno strappo della mucosa vaginale lungo circa 8 cm., che penetra attraverso il fornice posteriore a margini netti. All'infuori delle parvenze di involuzione senile non si ritrovano caratteristiche speciali. Tamponamento. Guarigione.

2.° Donna di 20 anni: ha partorito 6 mesi fa: viene presa a tergo a forza: nel fornice posteriore vi ha una ferita, che arriva fino al peritoneo e che sanguina molto. L'utero è in retroflessione mobile. Tamponamento. Guarigione.

3.° Donna di 31 anno nullipara, sanguina molto abbondantemente dopo un coito ripetuto dopo breve pausa. Lacerazione di 6-7 cm. nel mezzo della parete vaginale anteriore, che ivi comincia ed arriva all'indietro e di lato. Utero antiflesso. Tamponamento. Guarigione.

Con ciò l'*A.* mette in dubbio la giustezza della affermazione di Warmann, secondo il quale sarebbe escluso lo stupro nei casi di lesioni dei fornici. Nel secondo caso infatti lo stupro è la causa della lacerazione, nel primo l'involuzione senile, nel terzo l'erotismo esagerato.

Donzella.

DOTT. S. DELLE-CHIAJE: **Contributo clinico allo studio della psiconevrosi di origine genitale - Ovarosalpingectomia - Guarigione.** — Archivio Italiano di Ginecologia, Novembre 1907.

Il caso riferito dall'*A.* è interessante sotto questi tre punti: cioè per la sproporzione fra la lesione anatomo-patologica della sfera genitale ed i turbamenti psichici, per la unilateralità della lesione e per la guarigione completa in seguito alla ovarosalpingectomia. La guarigione dura da quattro anni. Riportata *in extenso* la storia clinica, l'*A.* nota essere fuori di dubbio l'esistenza di perturbamenti psichici sotto influenza di malattie dell'apparato genitale, dimostrate dalle osservazioni di Marcé, Bourdin, Morel, Loiseau, Azam, Tardieu, Mangiagalli ed altri: come talora, indipendentemente da lesioni, si osservino gravi perturbamenti coincidenti colla attività funzionale degli organi della riproduzione (psicosi nel periodo menstruale, durante la gravidanza, durante il puerperio), riuscendo difficile stabilire, in questi casi, il nesso causale in relazione forse a fenomeni simpatici, o talora anche più probabilmente anche ed insieme ad insufficiente attività (secrezione interna) di taluni organi, come l'ovajo. Il che deve rendere cauti in certe mutilazioni, contro le quali insorgono la maggior parte dei moderni ginecologi, per se stesse causa di vere psicosi.

Nelle nevropatie e psicopatie femminili, le manifestazioni nervose, offerte dalla sfera genitale, illesa affatto o poco lesa, possono essere l'espressione dello stato generale, o addirittura l'esponente del momento patogenetico — sicchè talora giova una terapia generale non disgiunta da adatte cure mediche locali, e talora un intervento chirurgico — fatto quest'ultimo che appare quindi raro, relativamente e di pura ed estrema necessità. Ciò spiega come *Hobbs* abbia potuto avere la guarigione in molte donne affette da manìa acuta con adatta terapia chirurgica locale e come *Schultze* abbia constatato, dopo l'introduzione nei manicomii dell'esame ginecologico, delle necessarie cure consecutive, un miglioramento e una guarigione che salì dal 37 al 52 per cento.

Raineri.

KONR. KÜSTER: **Ueber Geschlechtsbeeinflussung.** — Zeitschrift f. Secsualw. 1908, N. 3.

L'A., medico in Berlino, afferma, in base a proprie osservazioni, che vengono generate femmine, quando il coito è ripetuto a brevi intervalli ed il concepimento avviene subito dopo la mestruazione, mentre si avrebbero dei maschi, quando il coito è eseguito più di raro e non provoca il concepimento che almeno 10-14 giorni dopo la cessazione del flusso mestruale.

Attesa l'importanza scientifica e pratica dell'argomento, le affermazioni del Küster meriterebbero di essere controllate su larga scala, sebbene esse non abbiano tale pregio di novità quale pare annettervi l'Autore, in quanto che — come può vedersi in un lavoro del riferente (*Atti Società Naturalisti di Modena*, Vol. XVI pag. 55) — idee eguali o molto simili sono già state enunciate e sostenute, per tacere di altri, dal Düsing in Germania e dall'Avanzini fra noi.

A. Cevidalli.

E. FEER: **Dell'influenza che la consanguineità dei genitori ha sulla prole.** — Jahrbucher für Kinderheil. Vol. LXVI N. 2 — 1907.

L'A. viene a combattere con buone argomentazioni la falsa credenza che fino a ieri faceva ritenere, che i matrimoni fra consaguinei fossero disastrosissimi per la discendenza, asserendo che la consanguineità per se stessa non esercita alcuna influenza dannosa sulla discendenza, ma se in qualche modo agisce, ne lo fa indirettamente sommando i caratteri sfavorevoli, ma anche favorevoli degli

ascendenti, come lo dimostra appunto il fatto, che le infermità più facili a riscontrarsi nei figli di consanguinei sono contraddistinte da un carattere ereditario accentuatissimo.

Questa affermazione non dev'essere però generalizzata, poichè la consanguineità fa sentire la sua influenza soltanto su alcune delle malattie ereditarie, così ad esempio sulla retinite pigmentaria e sul sordomutismo; mentre per altre, quali l'emofilia, il daltonismo, l'emeralopia, l'atrofia ereditaria del nervo ottico, non esercita alcuna influenza.

Un consiglio pratico se ne può trarre da queste argomentazioni, cioè: il medico consultato sull'opportunità di un matrimonio fra consanguinei, vi si dovrà opporre solo allorquando esistano nelle famiglie dei contraenti delle malattie ereditarie, e specialmente quelle che presentano caratteri peculiari di ereditarietà, giacchè il matrimonio interverrebbe sommando sinistramente questi stati morbosi.

Rebaudi.

Due questionarii di Psicologia, Criminologia e Sociologia Ginecologica proposti dalla “ Ginecologia Moderna ”

Il problema dell' *astinenza sessuale* nell' uomo, ha testè appassionato vivamente fisiologi, igienisti e medici della Germania, della Russia, della Francia e d'altre Nazioni ed i giudizii, se non furono concordi, furono però utili per una sintesi conclusionale, ove si consideri che rappresentano le opinioni di scienziati della maggior fama quali Pflüger, Brieger, Strümpell, Hensen, von Leyden, Forster, v. Esmarch, Büchner, Gärtner, Neisse, Löffler, Pfeiffer, ecc.

Per rapporto alla donna due problemi pure ritengo che si impongano per l' importanza loro e per l' entità dei corollarii che se ne possono dedurre, quello della *sensibilità sessuale* e quello dell' *aborto criminoso.*

A priori essi sembrerebbero indipendenti l'uno dall'altro e come tali possono essere trattati, ma se bene e a fondo si considerano, apparirà come possa esistere fra l' uno e l'altro qualche nesso utile a rilevarsi sotto il punto di vista sociologico e medico legale.

È ormai universale presso tutti i popoli, e in seno a tutte le classi sociali la constatazione di un crescendo veramente grave e oso aggiungere, spaventoso, dell' aborto criminale. La scusante del pubblico indifferente starebbe in un conflitto oggi più che mai accentuantesi fra i bisogni sessuali e le necessità economiche.

Le opinioni d' altronde relative alla *sensibilità sessuale* della donna in confronto a quelle dell' uomo e sulle *maggiori o minori necessità sue fisiologiche sessuali* sono tuttodì così disformi, incerte e contradditorie da richiedere ora più che mai di essere largamente dilucidate.

Così, ad esempio, è una credenza generale che a seguito dell'ablazione dell'utero e della ovaja subentri gradi gradi nella donna l' insensibilità sessuale.

Orbene io ho potuto raccogliere 14 casi nei quali all' incontro si ebbe tale esagerazione nei bisogni sessuali da costituire una vera forma morbosa non solo, ma da dominare la vita morale e famigliare delle pazienti, tanto che due furono causa del suicidio del

marito, una divenne delinquente, e quasi tutte le altre furono l'origine di gravi squilibri morali e materiali delle relative famiglie.

Molte e di grande entità possono quindi essere le applicazioni che, dalla soluzione anche incompleta di tali quesiti, si possono fare nel campo della psicologia, della medicina legale e della sociologia ginecologica.

La *Moderna Ginecologia* quindi ritiene di compiere un' opera utile proponendo ai suoi lettori, ginecologi, igienisti, medici legali, psichiatri, fisiologi, giuristi il seguente questionario di cui verranno man mano pubblicate nei futuri numeri le risposte, che raccomandasi siano il più che è possibile concise:

1.° Quale è la vostra opinione per rapporto alla sensibilità sessuale della donna in confronto a quella dell' uomo?

2.° Quale è la vostra opinione sulle maggiori o minori necessità sessuali della donna in rapporto alla età e alle condizioni sue sociali?

3.° In quali proporzioni e perchè ritenete voi aumentati gli aborti criminali?

4.° Quali sono i rimedî che proporreste contro l' aborto criminale.

Genova, 27 Dicembre 1907.

BOSSI.

Risposta del prof. E. Morselli.

I. — In generale la donna sembrami meno dominata dai bisogni sessuali e meno proclive dell'uomo a cercarne la soddisfazione. E questo avviene in rapporto di una legge biologica fondamentale, per cui la cellula riproduttiva femminile (l'ovolo) è torpido e poco mobile, laddove la cellula maschile (spermatozoide) è attiva e mobilissima.

Si può desumere da ciò che anche la sensibilità sessuale sia minore nella donna, come lo è in massima nella femmina di tutti gli animali superiori la quale si addimostra piuttosto passiva nelle unioni sessuali.

Ma la cosa va intesa soltanto in via di una induzione generica non suscettibile di dimostrazione sperimentale, giacchè non esiste un *edonimetro* come ci manca un *timometro*. Voglio dire che non abbiamo alcun mezzo per misurare il grado del piacere fisico provato dall'individuo nell'amplesso e il grado di sentimento che si connette al desiderio di amore.

La mia esperienza di psicologo, congiunta alla pratica della vita e alle conoscenze che mi sono pervenute dall'esercizio della professione medica, mi fanno credere che la donna senta meno dell'uomo nell'atto sessuale anche per ciò che certe donne sono capaci di provare la voluttà molte volte di seguito senza stancarsi molto. Qualcuna arriva a un numero rispettabile di amplessi e non ne è sazia, come di Messalina narra lo storico Svetonio. Ora, ciò significa, secondo ogni verosimiglianza, che ciascuna volta la voluttà sarà meno esauriente e pertanto meno intensa che non sia nell'uomo, dove l'atto sessuale induce ordinariamente facile sazietà e stanchezza. Se realmente la voluttà femminile fosse comparabile alla maschile, mal si comprenderebbe la ripetizione del fatto fisico fino a 8-10-14 volte e, anche 18, in ***un solo*** convegno di amore come si osserva in talune donne dedite al piacere.

Si potrebbe, è vero, calcolare che la somma di tante voluttà successive sia maggiore di quella concessa in condizioni eguali all'uomo. E allora si arriverebbe a questa conclusione: che se in genere la donna è sessualmente meno sensibile dell'uomo, vi sono però delle donne più sensibili o voluttuose di un gran numero di uomini.

II. — Osservo che il termine « necessità sessuali » contiene due cose diverse che mi sembra debbano andare distinte: i bisogni fisiologici o, come si direbbe, ***fisici;*** e le tendenze, le emozioni, i sentimenti, che a quei bisogni si connettono e che si debbono considerare come fatti ***psichici.***

Per me le necessità sessuali d'ordine fisico sono generalmente minori nella donna, mentre le necessità d'ordine psichico sono di gran lunga maggiori: alludo, si capisce, a tutto ciò che cade nella categoria degli elementi secondarii della funzione sessuale, ma che la evoluzione bio-psicologica dell'***Homo sapiens*** ha reso necessarî alla donna: ad es. il pudore, la ornamentazione, l'arte di seduzione ecc.

Quanto al lato fisico della funzione, è d'esperienza comune il fatto che le donne puberi, le vergini, le giovani spose sono ben poco sodisfatte dell'atto sessuale: e questo per due motivi, uno che dirò anatomo-fisiologico e che non occorre specificare; l'altro di pertinenza della psico-sociologia e che consiste nella ordinaria ignoranza o semi ignoranza in cui la donna è tenuta rispetto alle questioni del sesso, e che tra le allusioni velate o le mal comprese definizioni la fa sempre fantasticare e le crea imagini inadeguate alla realtà. Moltissime spose dopo i primi, dolorosi amplessi delle desiderate nozze, si chiedono meravigliate : — *è tutto qui?* — Ma poi, coll'esercizio, le necessità sessuali diventano più vive, e più ricercata se ne fa la sodisfazione anche nella donna. Avviene, in essa, della sensibilità voluttosa quello che accade in ogni funzione: l'esercizio la affina e la sviluppa, e così le donne tra il 25.°-30.° anno e il 40.° sono più avide di piaceri sessuali che non le giovanette o le sposate di fresco. Può essere che il primo

parto, per ragioni anatomo-fisiologiche pur'esse ovvie, acuisca la sensibilità genitale della donna: ma pure mi è occorso di sentirmi dichiarare da pluripare che esse restavano sempre fredde, nonostante il trasporto erotico dei loro mariti o amanti.

Debbo però fare un rilievo che mi pare sia sfuggito ai fisiopsicologi: ed è questo. Anche nel maschio le necessità sessuali offrono una variazione grande a seconda dell'età. Nella adolescenza si direbbe che predominano gli elementi psichici, nella virilità quelli fisici: ossia il giovanetto, e in genere il giovane è tratto a dare colorito sentimentale assai vivo alle sue tendenze sessuali, mentre più tardi, nella età matura o, ancora meglio, nella parte discendente della parabola, gli uomini danno maggiore importanza all'elemento fisiologico. D'altra parte, io dubito che non avvenga al maschio la cosa medesima che più su ho detto avvenire alla donna: ossia che la sensibilità sessuale, anche a motivo della abitudine e per altre ragioni pratiche, si fa più acuta verso l'età matura a raffronto di quanto essa è o è stata nell'età giovanile. È un punto sul quale la esperienza individuale ha l'ultima parola.

III. — Che vi sia aumento negli aborti criminali è affermato nella terza domanda del questionario: ma su quali prove di fatto? su quali documenti? su quali statistiche?...

L'aborto provocato sfugge ad ogni investigazione aritmetica: basta guardare la cifra minima di reati di tale figura nelle pubblicazioni giudiziarie ufficiali. Un aumento di questa categoria di atti antisociali può, dunque, essere intuito, ma non dimostrato: forse meglio dello studioso lo saprebbero certe mammane *faiseuses d'anges*, che lavorano nell'ombra dei grandi centri urbani, e i cui proventi pecuniarî si dice che siano enormemente cresciuti negli ultimi tempi. Lo può sapere anche il ginecologo che è chiamato spesso a riparare ai postumi di tentativi criminosi d'aborto. Ma lo psico-sociologo non ha elementi positivi per stabilire le « proporzioni » dell'aumento: e appena si può servire del metodo deduttivo.

Or dunque, solo dalla maggiore libertà dei costumi e dalle esigenze della legislazione sociale in riguardo ai nati illegittimi (abolizione delle « Ruote », obbligo di dichiarazione della maternità ecc.) si può dedurre che gli aborti criminali siano aumentati. E le ragioni dell'incremento sono abbastanza facili ed evidenti. Una corrività più grande nelle relazioni sessuali; un numero sempre maggiore di unioni libere transitorie; il costo enorme della vita; il diminuito sentimento di responsabilità riguardo alle conseguenze dei trasporti sessuali; il lavoro femminile nelle fabbriche e nelle industrie in genere: ecco altrettante cause che inducono la donna a cercare di liberarsi dal peso delle sue creature ancora non maturate per la nascita Direi perfino che la legislazione sociale, limitando il lavoro della donna incinta, possa contribuire a far crescere la provocazione criminosa dell'aborto.

Si può credere forse che anche l'infanticidio sia cresciuto?... Non mi sembra, prima perchè oggi un delitto sfugge meno all'attenzione altrui, e secondo, perchè la pratica dell'aborto è divenuta di conoscenza comune e molte ragazze (massime nella classe delle domestiche) sanno benissimo dove debbono ricorrere e come debbono fare per liberarsi presto del prodotto ingom

brante della loro avventura d'amore. La coltura, sotto certi riguardi, anzichè essere un freno al delitto, serve ad insegnare i mezzi più adatti per nasconderlo, o per sfuggire alle sanzioni pe ali.

IV. — Per diminuire gli aborti criminali non v'è altro mezzo se non che diminuire la fecondabilità della donna, o estendere e volgarizzare le nozioni sui mezzi preventivi.

Si è asserito su dati statistici che lo sviluppo della cultura (alfabetismo) si associi sempre e ovunque ad una natalità minore; dimodochè qualcuno ha pensato che esista un antagonismo fisiologico fra ghiandole cellulari e cervello: di tanto sarebbe più attiva la riproduzione degli individui e delle razze di quanto meno operosa sarebbe la loro cerebralità. In tal caso le fecondazioni e conseguentemente gli aborti criminali dovrebbero a poco a poco diminuire in seno ad una popolazione sempre più incivilita, e dovrebbe venire un tempo in cui l'umanità, enormemente sviluppata nel cervello, sarebbe poi straordinariamente povera di poteri riproduttivi, e quindi anche di necessità sessuali.

Io opino che la suaccennata legge statistica non conduca affatto alla illazione ora riferita. La diminuzione delle nascite è volontaria, ossia dipende da fattori che sono governabili dall'uomo: le persone istruite riflettono meglio sulle conseguenze dei loro atti, e applicano i mezzi preventivi più energicamente e frequentemente. Non nego che vi possa essere un contrasto organico fra pensiero e sessualità, cosicchè chi esercita molto il primo sen'a meno la voce imperiosa della seconda. Però le biografie dei grandi uomini sono tutt'altro che favorevoli all'antagonismo suaccennato: in quasi tutti i genii superiori (Platone, Dante, Goethe, Leopardi, ecc.), la sessualità fisica o psichica ha dominato.

Tornando al quesito degli aborti penso che oltre al rimedio fisiologico consistente nella diffusione delle pratiche preventive, ha da chiedersi il contributo di fattori sociali. Non pochi studiosi di problemi sociologici domandano il ritorno alle « ruote »: e in verità, seguendo il filo logico dei nuovi concetti sociali, la richiesta non pare tanto incivile quanto la proclamano i suoi avversarî. Finchè la donna si trova nelle condizioni di inferiorità giuridico-sociale, cui la evoluzione della nostra civiltà l'ha condannata, e finchè non sia stabilito il principio giuridico della ricerca della paternità, si dovrebbe concederle anche il mezzo di sfuggire alle conseguenze di un fatto nel quale concorrono sempre due volontà, la sua e quella del maschio. Presentemente è solo la donna che sopporta il peso dell'imperfettissima nostra morale sessuale: la cosa è assolutamente iniqua, e si capisce che la provocazione dell'aborto, ed anche l'infanticidio, siano per un buon numero di donne una dolorosa e angosciosa e tremenda necessità. Occorre, dunque, riformare le nostre leggi e migliorare i nostri costumi: la legge non eguaglia ancora il maschio e la femmina; il costume deve liberarsi da tutte le sopravvivenze di periodi ormai oltrepassati dalla evoluzione sociale.

Genova, lì 16 Aprile 1908.

Prof. Enrico Morselli.

Matteo Oppecini, *Gerente responsabile.*
Stab. Tip. G. B. Marsano, *Corso Buenos Ayres, 21 - Genova.*

Leonardo Gigli, il nostro valido Redattore Capo, l' amico e collega mite, buono, modesto quanto geniale e profondo pensatore, non è più. La morte lo rapì alla vita, quando anche in Italia i veri e sinceri estimatori dell'opera sua stavano intrecciandogli la corona d' alloro.

Due anni or sono scriveva al nostro Direttore (furono le due prime lettere indirizzategli):

Firenze, 13 Ottobre 1906.

Egregio Professore,

... Ho sempre nell'animo la fredda e freddamente combinata accoglienza, che è stata fatta al Congresso di Milano (Settembre 1906) alla mia operazione e non riesco a scuotere il senso di disgusto e di tristezza che ne ho ricevuto...

In questo stato d' animo la sua lettera mi è stata tanto gradita, e pel pensiero gentile di annunziarmi da Vienna i trionfi della mia operazione costatati *de visu* da lei, e per l'offerta del suo valido appoggio per ottenere la libera docenza...

Berlino, 11 Novembre 1906.

Egregio Professore,

... Io ho fatto una corsa a Berlino. Qui i risultati sono splendidi...

Tanto Olshausen che Bumm mi hanno accolto molto gentilmente e mi invitarono a pranzo, facendovi trovare le personalità più spiccate della Facoltà: Bergmann e Waldeyer...

... *Io mi trovo però in una posizione falsa dalla quale desidero di uscire. Questo titolo di Professore, che mi si dà ad ogni momento ed al quale non ho diritto mi dispiace ed io non posso dire sempre che non mi spetta e non so come fare a sortirne...*

Un anno e mezzo dopo poi (tredici giorni prima di morire), quasi presentisse la catastrofe, egli scrivevagli:

Firenze, 23 Marzo 1908.

Caro Bossi,

... Ti confesso che sono stanco e scorato, preoccupato del mio avvenire per il quale il titolo accademico nulla rappresenta e che per me oggi è un' incognita che mi spaventa.

L'esercizio professionale non mi dà soddisfazioni ed *i sogni della mente si infrangono contro le durezze della vita.*

Non è la pratica che mi attira.

Io ho un contenuto di idee che mi appartengono e voglio essere messo nelle condizioni di svolgerle e affermarle.

In tali frasi, che il Direttore di questa rivista lesse alla solenne commemorazione tenuta a Milano per invito dell' Associazione Sanitaria presenti il Senatore De Cristoforis, il Dott. Bonardi, il fratello dell' estinto e moltissimi colleghi, in occasione del trigesimo della morte, sta il testamento morale e scientifico di Leonardo Gigli, che lo sconforto del negatogli plauso, lui presente, al Congresso Ostetrico di Roma dell'Ottobre ultimo scorso (plauso che avrebbe deciso della sua libera docenza), uccise forse più del male fisico.

Egli muore senza neppure un misero titolo accademico.

Valga almeno il suo ricordo a impedire altre vittime da parte della scienza ufficiale, valga il triste doloroso esempio a rammentare, che l'indipendenza scientifica vale quanto e più del tanto decantato libero pensiero, se non vuolsi realmente giungere alla bancarotta della scienza... burocratica.

LA « GINECOLOGIA MODERNA ».

ANNO I. GIUGNO 1908. FASC. 6.

LA GINECOLOGIA MODERNA
Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia
E DI
PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

PARTE I.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Istituto Ostetrico-Ginecologico
della Guardia Ostetrica Permanente Parlermitana

A proposito di un caso di vagino-fissazione nella menopausa

PEL DOTT. PROF.
FORTUNATO MONTUORO
DIRETTORE

È noto come la vagino-fissazione, nonostante le modificazioni, le statistiche e le difese del *Dührssen*, e della sua scuola, di *Mackenrodt*, *Rieck*, *Andersch*, *Gebhardt*, le recenti dimostrazioni cliniche di *Queissner*, *Westphal* e gli entusiasmi di *Kreutzmann*, sia ora quasi abbandonata dalla maggioranza dei Ginecologi per le gravi complicanze che provoca durante il parto, le quali talvolta hanno richiesto ancora più gravi interventi sul feto *(embriotomia)* e sulla madre *(taglio cesareo)*.

Non si può meglio riassumere la critica mossa a questo metodo, se non colle parole del grande maestro della Ginecologia Francese:

« Per conto mio rigetto completamente questa operazione. Essa o è dannosa dal punto di vista ostetrico, se fissa solidamente il fondo o la faccia anteriore dell' utero (primo processo di Mackenrodt e Dührssen) o quasi illusoria se essa non fissa che parzialmente con delle suture superficiali o siero-sierose » (2).

Il seguente caso occorsomi due anni or sono mi fa pero ritenere che l'ostracismo, che si vuole infliggere alla vagino-fissazione, non sia giustificato, e che vi possano essere dei casi, in verità non molto frequenti, nei quali questa operazione rappresenta il metodo di elezione:

A. F., 50 anni, Vpara, casalinga. Quando era ancora in fasce soffrì di vaiuolo. Mestruò a 14 anni regolarmente, si maritò a 20. Dopo 15 mesi rimase incinta: gravidanza, parto e puerperio fisiologici. Durante l'allattamento ebbe mestruazioni regolari. Le altre tre gravidanze furono normali con parti fisiologici. Nel 4.° puerperio ebbe una perdita di sangue dai genitali, che si protrasse per 6 mesi, con crisi dolorose che le impedivano di attendere ai lavori di casa. Dopo quattro anni dall'ultimo parto nuova gravidanza, che ebbe normale evoluzione con parto e puerperio fisiologici. Dopo questo parto le mestruazioni divennero irregolari per durata (7-8 giorni), per la quantità di sangue e per la brevità del periodo intermestruo (15-16 giorni).

La paziente aveva dolori continui alla fossa iliaca destra e al sacro che si esacerbavano durante la mestruazione. Verso il 36.° anno soffrì di reumatismo articolare acuto. A 45 anni menopausa dalla quale non ebbe benefizio alcuno, poichè i dolori non cessarono, mentre poi cominciò a soffrire di turbe dispeptico-catarrali ribelli a qualsiasi trattamento.

Continuò così per 3 anni, finchè si decise a consultarmi.

All'esame gli organi genitali esterni si trovano normali. Vagina lunga, stretta, liscia, i fornici sono diminuiti in lunghezza. Portio lunga 2 cm. circa, l'orifizio uterino appena permeabile *al dito*, guarda in alto ed in avanti; il corpo dell'utero mobile, piccolo, indolente nella concavità sacrale e verso destra si riduce con una certa facilità in antiflessione con la manovra bimanuale di Schultze. Trombe e ovaie sane ed indolenti; parametri indenni.

Si applica un piccolo pessario Hodge; l'indomani l'ammalata dice di sentirsi bene e di non avvertire più il dolore alla fossa iliaca destra ed al sacro. Si sorveglia per qualche giorno la paziente e poi, perdurando le buone condizioni, s'invita a ritornare fra un mese. Essa ritorna invece dopo 15 giorni, accusando gli stessi disturbi di prima.

L'esplorazione rileva che l'utero è ricaduto nella viziosa posizione; modificata acconciamente la forma del pessario, si corregge un'altra volta il vizio di posizione e s'invita la paziente a ritornare per qualche tempo ogni giorno. Le sofferenze scompaiono un'altra volta, per ricomparire dopo 20 giorni circa. L'esplorazione rileva che l'utero è ricaduto nuovamente indietro.

Nuova modificazione del pessario e nuova manovra di Schultze; ma invano. Dopo questi tentativi mi credo autorizzato a intervenire chirurgicamente col metodo Le Dentu-Pichevin. Decorso post-operatorio afebbrile.

In quarta giornata disturbi vescicali piuttosto marcati; l'urina contiene muco-pus in discreta quantità. Si praticano lavaggi vescicali con soluzioni deboli di permanganato potassico e si amministra elmitolo e acque alcaline.

L'ammalata lascia l'Istituto in dodicesima giornata, ma continua a frequentare l'Ambulatorio per la cura della cistite.

Dopo due mesi era completamente guarita; sono scomparsi i dolori e i disordini gastro-enterici. In una visita fatta pochi giorni fa ho riscontrato l'utero saldamente fisso alla parete vaginale.

La storia che finisco di esporre non dà certamente ragione alla categorica proposizione del Fehling essere cioè « *cosa perfettamente inutile suturare all'avanti un utero retroflesso dopo la menopausa* » (3).

La clinica non sopporta assiomi.

Nella retroflessione uterina mobile di origine puerperale si osservano giornalmente i sintomi più disparati: donne che soffrono atrocemente di dolori al sacro, ai lombi, al basso ventre, di disturbi nella minzione, nella defecazione, di menorragie, metrorragie, di leucorrea e che vedono sparire per incanto le loro sofferenze dopo la riduzione dell'utero e l'applicazione del pessario; donne con esagerata retroflessione che non accusano il benchè menomo disturbo. Le stesse differenze sintomatologiche si osservano nella

retroflessione congenita, in cui vicino ai casi *asintomatici,* scoperti a caso in donne che consultano lo specialista per la loro sterilità, ve ne sono altri che rivelano la loro esistenza nella maniera più violenta all'inizio della pubertà; casi nei quali la riduzione manuale e il pessario danno i più grandi successi (nella mia pratica ho raccolto parecchi casi di gravidanza ottenuta con questo metodo in donne maritate da 6-8 anni) e casi ribelli a qualsiasi trattamento.

Gli stessi fatti si notano nelle retroflessioni uterine mobili della menopausa con la differenza che i casi asintomatici rappresentano il maggior contingente.

Le profonde modificazioni che colpiscono l'apparato genitale nell'età critica, in un primo tempo diminuiscono e guariscono poi le sofferenze che la retroflessione aveva prodotto nell'età feconda. Disgraziatamente il fatto non è costante, e si farebbe opera irrazionale affidando al processo involutivo della menopausa il compito di guarire i disturbi di una retroflessione di origine puerperale.

Quasi tutti gli Autori, che pure non si sono occupati *ex professo* di quest'argomento molto importante di terapeutica ginecologica, mostrano di dubitare della benefica influenza della menopausa sulla retroflessione e, invece, sembra si preoccupino più dell'influenza di questa su quella. Tutti consigliano infatti di operare le donne vicine alla menopausa. La discordia sta nella scelta dell'atto operativo; così per citarne qualcuno: *Pozzi* vuole l'isteropessia addominale; *Legueu* (9), *Küstner* (8), *Fritsch* (4), *De Rouville* (2), *Schäffer* (13) preferiscono la vagino-fissazione; *Fehling* (3) crede la vescico-fissazione il processo preferibile; *Casati* (1) pratica l'operazione di Alexander da lui modificata (*). E la lista potrebbe continuare per un pezzo; ma io voglio chiuderla con la curiosa opinione di *Stöckel,* che non vuol fare alcun intervento nella menopausa « perchè le donne sono abituate a portare i pessari da molti anni!! » (15).

Com'è giustificato l'intervento nelle donne che si avvicinano alla menopausa, così deve esserlo per quelle che già vi si trovano.

Si potrà obbiettare che mentre nelle prime l'operazione si fa per scongiurare il ritardo della menopausa con tutti i disturbi ad esso inerenti, nelle altre invece la sopraggiunta menopausa dimostra che il processo d'involuzione senile, com'è stato sufficiente a far cessare il maggior sintomo dell'affezione *(emorragia)*, così farà scomparire anche le altre sofferenze. In appoggio di queste vedute si potrebbe anche invocare la non rara constatazione di una retroflessione, completamente asintomatica, in donne che già si trovano nell'età critica.

L'argomentazione è forte, ma non è, secondo me, decisiva, poichè sulla *retroflessione senile* — poco o punto studiata fin'ora — ho l'opinione che esistano vizî di posizione che ripetono la loro origine dai processi involutivi della menopausa. I processi degenerativi che colpiscono gli organi genitali con tutti i loro legamenti devono rendere estremamente facile ad una pressione addominale di rovesciare la matrice.

(*) Atti della Società Ital. di Ost. e Gin., Vol. VIII, pag. 33 — Vedi Quadro Statistico ai N.i 13, 19, 29, 39, 47, 50, 60, 71, 82, 91, 99.

Troppe volte ho riscontrato in vecchie multipare una retroflessione dell'utero ipotrofico, con tutti gli annessi in un'avanzata involuzione, nella storia clinica delle quali non mi fu dato riscontrare qualcosa che accennasse ad una retroflessione di origine puerperale per credere che in tutte il vizio di posizione non avesse dato luogo a disturbi durante la vita feconda.

Le mie osservazioni invece mi fanno giudicare che la retroflessione, che si riscontra nella menopausa, o *è di data recente* (dovuta cioè all'involuzione senile) o *di origine antica* (retroflessione puerperale, retroflessione consecutiva a processi infiammatorî, sia del peritoneo pelvico sia dei parametrii, tumori, ecc.).

Nel 1.° caso l'utero retroflesso è piccolo, quasi atrofico, e tutti gli organi genitali sono in un processo più o meno avanzato di involuzione secondo l'età della menopausa; le donne non accusano il benchè menomo disturbo e il vizio di posizione è scoperto a caso quando in seguito a malattie della vescica, o del retto, o dell'intestino vengono esplorati anche gli organi genitali. Un rilievo di molta importanza è dato dal fatto che dall'epoca dell'ultimo parto le donne non hanno avuto a lamentarsi di alcuno dei sintomi relativi alla retroflessione.

Quando l'origine del vizio di posizione risale all'età feconda allora diversi sono gli aspetti secondo che si tratta di retroflessione mobile o fissa. Non ho affatto intenzione di occuparmi delle retroflessioni di origine infiammatoria, che possono accompagnarsi alle più gravi e profonde lesioni dell'apparato genitale.

Nelle retroflessioni mobili ho riscontrato:

a) menopausa ritardata, mestruazioni irregolari, con periodo intermestruo breve; tendenza alle menorragie; dolori ai lombi, alla regione sacrale, disturbi nella minzione, stitichezza ostinata, leucorrea;

b) utero ingrossato, spesso dolente alla pressione, trombe ispessite, ovaie doloranti alla pressione; vagina ampia e rugosa, talvolta *descensus vaginæ* e cistocele.

Tanto il reperto anatomico che i sintomi clinici variano, e di molto, con l'età della paziente e l'inizio della menopausa; infine il tempo finisce col vincere, lentissimamente, tutti i disturbi, e a testimoniare le antiche sofferenze non rimangono che un leggiero ingrossamento dell'utero e un processo di involuzione non corrispondente all'età della menopausa. Mi piace riportare un caso clinico osservato di recente e che mi sembra molto dimostrativo, e che riassumo brevemente:

S. M. 56 anni, VIIIpara. Dopo il 1.° parto ebbe un aborto, in seguito tutte le gravidanze, i parti e i puerperî furono regolari. Dopo l'ultimo parto avvenuto 18 anni prima, cominciò a soffrire di dolori ai lombi, di purghe abbondanti, di disturbi nella minzione, di dolori al sacro e le mestruazioni, che fino allora erano sempre state regolari, divennero menorragiche. Uno specialista diagnosticò una retroflessione mobile, ridusse il difetto di posizione e applicò un pessario. I disturbi scomparvero rapidamente; ma dopo 4 mesi il pessario fu levato perchè aveva prodotto vaste lesioni di continuo alla vagina. E le sofferenze ricomparvero e continuarono fino alla cessazione completa delle mestruazioni che avvenne verso il 50.° anno; poi a poco a poco si sono attenuate per scomparire del tutto e il dolore al sacro,

che si esacerbava negli strapazzi, fu l'unico superstite di quel triste corteo di sintomi che l'involuzione senile aveva lentissimamente debelato. In occasione di una cistite acuta ho avuto agio di osservare lo stato degli organi genitali. Le grandi e specialmente le piccole labbra sono atrofiche, appiattite, floscie; la vulva è beante; si nota una cistocele di I.º grado; la vagina è lunga e liscia, i fornici sono poco profondi; la portio è lunga un cm. circa, rotondeggiante, fibrosa. L'esame retto-addominale (il vagino-addominale non dava sensazioni nette) mi fecero rilevare un utero retroflesso, mobile, ancora grosso, ma indolente.

Da quanto ho brevemente esposto si rileva che mentre è dubbia, o per lo meno lentissima, l'influenza della menopausa sui sintomi della retroflessione si può asserire invece che la retroflessione esercita sulla menopausa — considerata nel suo maggior fenomeno: cessazione delle mestruazioni — e sui processi di regressione senile, la più evidente influenza. Molto giustificata è adunque la linea di condotta di coloro che vogliono ricorrere ad una riduzione chirurgica in un'epoca vicina alla menopausa, quando (s'intende bene) sono falliti gli altri mezzi di contenzione.

***

Il caso, che è oggetto di questa comunicazione, dimostra nella maniera più chiara che la cessazione delle mestruazioni — che rappresenta clinicamente l'inizio della menopausa — non segna l'inizio di un'era nuova, poi che immutati restano i dolori. La mia paziente non aveva mestruazioni *da tre anni* eppure soffriva come prima ed esclusivamente per il vizio di posizione. La costante osservazione che le turbe dispeptiche, i disordini intestinali, i dolori vescicali e quelli continui alla fossa iliaca cessavano quando l'utero era ridotto in posizione normale e mantenuto da un pessario, per ricominciare quando l'utero nonostante il pessario — d'altra parte pochissimo tollerato — ricadeva nella viziosa posizione, mi convinsero della necessità di un intervento chirurgico.

La guarigione dell'ammalata dimostra l'opportunità dell'intervento, che, del resto, s'ispirò al modo di vedere di *Küstner*, il quale, solo fra tutti gli Autori, manifesta a questo proposito un'opinione recisa. « Secondo me, scrive il valoroso clinico di Breslau, si deve rimuovere la retroflessione anche in quest'epoca *(menopausa)* ed intervenire allo stesso modo col quale si interverrebbe se l'ammalata fosse molto più giovane. La retroflessione non abbisogna però più di cura alcuna quando tutti i genitali, compreso l'utero, mostrino in modo evidente i segni dell'involuzione senile » (loc. cit.).

Ora nei casi, fortunatamente molto rari, nei quali la retroflessione mobile dà luogo a disturbi continui anche nella menopausa, il pessario non è tollerato o è insufficiente a quale metodo daremo la preferenza?

Non è questo il momento di esaminare in base ai risultati operatorî, clinici ed ostetrici il valore delle infinite operazioni escogitate per la cura della retroflessione uterina. Indiscutibilmente però le operazioni che danno un numero minore di recidive e offrono minori pericoli sono quelle che si propongono di unire saldamente la parete uterina alle pareti vaginali o addominali e riducono al minimo le manipolazioni nella cavità addominale

è lo stesso che dire le isteropessi vaginali e addominali. E poichè l'avversione degli ostetrici più che giustificata dalle gravi distocie avveratesi nei parti successivi, non ha più qui ragione di esistere, sono queste le operazioni che vanno discusse.

In rapporto alla recidiva se si prestasse fede agli avversari della vagino-fissazione si dovrebbe convenire, che questa dà i peggiori risultati. Ma in questa come in molte questioni trattate *statisticamente*, l'amore della tesi fa dimenticare le regole della matematica! Noi dobbiamo ammettere però che i risultati della vagino-fissazione sono inferiori, benchè di poco, a quelli che dà l'isteropessi addominale.

La statistica di *Küstner* (376 casi) ci dà il 19.1 % di recidive; quella del *Pozzi* il 16.98 %. Ma nè l'una, nè l'altra sono accettabili: la prima perchè parla dei casi in cui non fu aperto il cavo peritoneale, condizione questa indispensabile per ottenere il successo ortopedico; la seconda perchè inesatta (*).

Fehling al contrario in più di 100 casi non ha avuto a lamentare più del 5 % di recidive (loc. cit.).

Fra questi estremi si può bene battere la via di mezzo e accettare quanto scrive il *Legueu*, il cui giudizio non può essere sospetto « les resultats se présentent comme plutôt favorables en ce qui concerne la fissation » (loc. cit.). E lo sarebbero ancora di più se l'operatore non fosse preoccupato dalle probabili future distocie. Tutte le modificazioni escogitate più che la mania del nuovo riflettono questo timore incoercibile.

È per questa paura, del resto giustificatissima, che *Mackenrodt* e *Dührssen* hanno ripetutamente e sostanzialmente modificato i primi metodi certamente molto più sicuri.

Eseguita senza lo spettro di una gravidanza una vagino-fissazione, previa apertura del o sfondato vescico-uterino, deve dare risultati di gran lunga superiori, sia per la nuova posizione dell'utero, sia per il funzionamento della vescica.

Uno degli avversari più irriducibili, il *Legueu*, scrive che è « incontestabile che la fissazione dell'utero è sovente e solidamente assicurata » e che « sotto questo punto di vista la vagino-fissazione dà tutti i risultati desiderabili » (loc. cit.).

E deve darli, perchè i nuovi rapporti anatomici sono più favorevoli nella vagino- che nella ventro-fissazione.

Qui la vescica non può espandersi liberamente nella cavità addominale, ma lateralmente, e sollecita in maniera continua l'utero ad allontanarsi dalla parete addominale; è questa la ragione precipua della trasformazione delle aderenze utero-ventrali in una bendella fibrosa pericolosissima — un vero ponte gittato tra il fondo e la faccia anteriore dell'utero e la parete addominale, come si esprime *Pestalozza* (10); un terzo liga-

(*) Al Congresso di Ginevra KÜSTNER comunicò 416 casi, dei quali 376 senza apertura della cavità peritoneale — *Pozzi* (V. ultima ed. ital. a pag. 647) non riproduce abbastanza esattamente i risultati ottenuti da WINTER, MACKENRODT, BUSCHBECK, ecc.; basta infatti osservare che il *Winter*, cui attribuisce 6 insuccessi con cinque guarigioni, ha avuto invece 4 recidive, 6 successi; dell'ultimo caso non tien conto perchè troppo recente. — *Centr. f. Gyn., 1893, N. 23, pag. 625.*

mento rotondo, come dice *Fehling* — che può produrre, come ha prodotto, strozzamenti letali di un' ansa del tenue (casi di Kelly e di Pestalozza). Nella vagino-fissazione invece la distensione della vescica non è ostacolata, può liberamente effettuarsi in alto e quindi non esercita alcuna pressione sulla breccia colpoceliotomica. I nuovi rapporti della vescica riescono adunque più favorevoli, non solo al suo funzionamento, ma ai risultati ortopedici dell' intervento.

Alcuni autori hanno rimproverato alla vagino-fissazione i disturbi vescicali, che, secondo il loro giudizio, esistono sempre nonostante il miglioramento dei metodi; altri hanno mosso gli stessi rimproveri alla ventrofissazione.

In tutti i miei casi di isteropessi addominale, che esporrò in altra comunicazione, ho potuto constatare quello che avevo appreso all'Hôpital Necker da *Legueu* che « la vescica si abitua benissimo alle nuove condizioni che le sono state date ». Ho notato infatti uno stimolo frequente all'urinare, preceduto e seguito da crampi dolorosi che ho attribuito a cistite e in piccola parte ai nuovi rapporti anatomici. I lavaggi vescicali con soluzione di permanganato, l'elmitolo preso alla dose 1 - 1 1/2 gr. al giorno hanno fatto rapidamente sparire tutti i disturbi e le operate hanno goduto di una salute che fino allora era pazzia sperare.

Non posso dire di avere ottenuto gli stessi risultati nel caso in parola, perchè l'operata per parecchi mesi si lagnò d'un certo stimolo di urinare. Ma io attribuisco questo fatto più alla cistite cronica dell'operata, che alla diminuita capacità del fondo della vescica e, fino a prova contraria, mi ostino a credere ingiustificati i giudizi di *Stöckel* (4) e di *Gouin* (5), tanto è vero che i disturbi sono in grandissima parte ceduti dopo una cura appropriata.

Dal punto di vista della prognosi non crediamo si possa mettere in dubbio che le operazioni vaginali sono, e di gran lunga, superiori alle addominali, perchè prive di quei pericoli che oscurano, sia pur lievemente, la prognosi di una laparatomia (ernie post-laparotomiche, paralisi intestinali, sepsi, strozzamenti interni).

Queste riflessioni darebbero ragione a *Kreutzmann* che afferma risolutamente la superiorità di quest'operazione su tutte le operazioni di isteropessi addominali e spiegherebbero i recenti entusiasmi di *Queissner* (12), se la prognosi ostetrica non venisse a turbare questo ottimismo poi che le distocie, legate alla vagino-fissazione sono di gran lunga superiori a quelle delle isteropessi addominali mediate o immediate.

Le ultime statistiche ostetriche del *Dührssen* non sono convincenti, anche perchè ha abbandonato la vagino-fissazione per la sutura siero-sierosa, il che è un regresso dal punto di vista dei risultati ortopedici; come non è convincente la difesa del *Westphal,* (16) che, *coute qui coute,* difende sempre tutte le opinioni e i metodi del *Dührssen,* e che vuole dimostrare che col 2.° metodo immaginato da quest'ultimo, non si hanno disturbi nel parto.

I 12 casi di taglio cesareo per postumi di isteropessi vaginale, raccolti dal *Guicciardi* (7) con una mortalità (33.33 %) che contrasta con i risultati che dà il taglio cesareo nelle viziature pelviche, sono sufficienti a dimostrare i pericoli della vagino-fissazione nel periodo di fecondità; come ci lascia pensierosi il recente caso esposto dal *Grube* (6) riguardante un

ematoma tubarico (verosimilmente una gravidanza extra-uterina) consecutivo ad una vagino-fissazione.

Davanti questi risultati sarebbe ingiustificabile e inumano voler sottomettere una donna nell'età feconda ad un'operazione che ne compromette, e profondamente, le funzioni generative, specialmente ora che la migliorata tecnica dell'operazione di Alquiè-Alexander-Adams, e l'ultimo felice metodo di sutura siero-sierosa escogitato dal *Pestalozza*, ci offrono il modo di ottenere risultati di gran lunga superiori dal punto di vista ortopedico, funzionale e operatorio.

Ma d'altra parte non è nemmeno giustificabile l'ostracismo che *Fritsch* vorrebbe dare alla vagino-fissazione quando si pensi agli splendidi servizi, che può dare nelle donne che sono vicine o che si trovano nella menopausa.

E per concludere dirò che il mio caso, che ha avuto il successo ortopedico e la guarigione clinica, dimostra:

1.° che nella menopausa possono esservi casi di retroflessione mobile che devono essere trattati chirurgicamente sia per le sofferenze che producono sia per l'insufficienza o l'intolleranza dei comuni mezzi di contenzione (pessari);

2.° che in essi la vagino-fissazione (metodo Le Dentu-Pichevin)

a) per la semplicità e rapidità d'esecuzione;

b) per i minori e sempre trascurabili pericoli di sepsi, essendo l'apertura del cavo peritoneale *per vaginam* priva degli accidenti che accompagnano le laparatomie;

c) perchè permette alla vescica un funzionamento più fisiologico che con la ventro-fissazione;

d) perchè evita la possibilità di ernie post-laparotomiche, di strozzamenti letali del tenue, di paralisi post-operatorie;

deve essere l'operazione di elezione.

Palermo, Novembre 1907.

BIBLIOGRAFIA.

1. — CASATI — *L'operazione di Alexander nelle retroposizioni dell'utero colla mia modificazione* = Atti della Soc. It. d'Ost. e Gin., Vol. VIII, pag. 99.

2. — DE ROUVILLE — *Consultations de Gynécologie* — Paris, Baillière Ed., 1902.

3. — FEHLING — *Concetti moderni per la cura degli spostamenti posteriori uterini* in LEYDEN e KLEMPERER « La Clinica Contemporanea » Vol. IX, pag. 56. Soc. Ed. Libr.

4. — FRITSCH — *Malattie delle donne* — Trad. Ital., Casa Vallardi, 1903.

5. — GOUIN — *Avantages de l'hystéropexie physiologique au point de vue obstétrical* — Thèse de Paris, 1904.

6. — GRUBE — Comunicaz. alla Soc. Ost. di Amburgo; seduta del 25 Ottobre 1905 — in Zentr. f. Gyn. 1906, pag. 124.

7. — GUICCIARDI — *Indicazioni meno comuni al T. C.* — Tesi di Libera Docenza — Firenze 1903, v. pag. 295 e segg.

8. — KÜSTNER — *Manuale di Ginecologia* — Trad. ital. del dottor Herlitzka — Soc. Ed. Libr., 1904; v. pag. 108-133.

9. — LEGUEU — *Traité médico-chirurgical de Gynecologie* — Deux. Édit.; F. Alcan Ed., Paris, 1901.

10. — PESTALOZZA — *Per la cura operativa della retroflessione uterina* — Atti della Soc. It. d'Ost. o Gin. 1906, Vol. XII, pag. 112.

11. — POZZI — *Trattato di Ginecologia* — Seconda Ediz. Ital., Casa Vallardi.

12. — QUEISSNER — *Beitrag zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri* — Rif. in Zentr. f, Gyn., 1906, pag. 1203.

13. — SCHAEFFER — *Atlante e Compendio delle operazioni ginecologiche.* — Prima trad. Ital. del dott. Varaldo — Milano Soc. Ed. Libr., 1903.

14. — STOECKEL — *Wann und wie soll der praktische Arzt die Retroflexio uteri behandeln?* — Berlin. Klin. Woch., 1905, N. 48, 49.

15. — Idem — *Contribution au traitement opératoire des rétrodéplacements de l'utérus* — La Gynecologie, 1906, pag. 173.

16. — WESTPHAL — *Zur Kasuistik der Geburten nach Vaginalen Kaiserschnitt und Vaginäfixur* — Zentr. f. Gyn., 1906, pag. 811.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Torino

DIRETTO DAL PROF. G. VICARELLI

CONSIDERAZIONI

su di una centuria di casi di placenta previa centrale e marginale

PER IL DOTT. T. SOLI, *Aiuto e Docente*

La frequenza della placenta previa è andata riscontrandosi sempre maggiore, così che oggi la percentuale di *Schwarz* e *Schauta* (1) (0,65 °/₀₀) è assai più che decuplicata. E la relativa frequenza colla quale la previetà della placenta si riscontra come complicanza della gravidanza e del parto con grave danno e pericolo per la madre ed il feto, ne ha maggiormente eccitati alla ricerca di un trattamento ostetrico il più possibile razionale, pratico, vantaggioso. Per quanto qualche metodo tenda oggi ad essere preferito, pure la discussione e il disaccordo in proposito fervono tuttora.

*
* *

Sulla frequenza, sulla eziologia della placenta previa si è giunti oggi ad un relativo accordo: ritengo quindi inutile se non inopportuno il dilungarmi con prolisse considerazioni in proposito.

Negli ultimi 8 anni scolastici in questo Istituto e nella Guardia Ostetrica annessavi, su un totale di 7229 parti, occorsero 125 casi di placenta previa, il che dà una frequenza del 1,73 °/₀; cifra concorde con quella rilevata dalla maggioranza degli autori.

Ma poichè lo scopo principale che mi spinse a raccogliere questo materiale e farne oggetto di studio, fu quello di portare un contributo al trattamento della placenta previa e specialmente alla questione che da qualche anno va agitandosi, se cioè la previetà della placenta costituisca di per sè una indicazione al taglio cesareo, tenni calcolo delle sole varietà *centrale* e *marginale*, come quelle che hanno una prognosi più grave. I casi di placenta previa *laterale* da me raccolti, non diedero luogo che a modiche metrorragie sospese ben tosto dalla rottura del sacco amniotico: è perciò che non credetti opportuno tenerne calcolo ad evitare venissero traviate le conclusioni in massima parte dedotte dalle altre due forme ben più gravi.

*
* *

Su 100 casi di placenta previa *centrale* e *marginale* il rapporto di frequenza fra le due varietà fu del 41 °/₀ per la centrale e del 59 °/₀ per la mar-

(1) SCHAUTA: *Trattato di Ginecologia.*

ginale. La percentuale della prima fu quindi assai più elevata di quanto risulti dalle statistiche di *Amadei* e *Ferri* (1) (28,85 °/o). *Politi-Flamini* (2) 33,[illegible]0 °/o), *Viana* (3) (13,41 °/o); concorde invece colla cifra riportata da *Raineri* (4) (45,71 °/o).

Anche dai miei casi, come da quelli di altri, è palese che la placenta previa si manifesta in grande maggioranza nelle pluripare: la percentuale infatti fra primi gravide e pluri gravide è per queste ultime del 87 °/o: percentuale che si conserva pressochè invariata così rispetto alla forma centrale (87,80 °/o) che alla marginale (86,45 °/o).

E colla maggior frequenza nelle donne pluripare, si accorda anche il fatto che l'età, che più diede contributo alla forma morbosa, oscillò fra i 30 e i 45 anni, periodo di maggiore prolificità nella vita sessuale della donna.

*
* *

In riguardo al decorso della gravidanza complicata da placenta previa dalla seguente

TABELLA A

Plac. previa centrale *Epoca del parto* n.o donne					**Plac. previa marginale** *Epoca del parto* n.o donne					**Totalità dei casi** *Epoca del parto* n.o donne				
a termine	IX mese	VIII mese	VII mese	VI mese	a termine	IX mese	VIII mese	VII mese	VI mese	a termine	IX mese	VIII mese	VII mese	VI mese
2	6	20	13	—	19	23	9	5	3	21	29	29	18	3

risulta, che appena in un quinto dei casi di placenta previa centrale e marginale, la gravidanza raggiunse il termine, e che essa si interruppe tanto più precocemente quanto maggiormente la placenta era previa; il che spiega, nei miei casi di sola placenta previa *centrale* e *marginale*, la percentuale del parto avanti il termine, maggiore di quanto rilevarono gli Autori, che computarono nelle loro statistiche anche la varietà *laterale*.

L'interruzione della gravidanza avvenne costantemente o preceduta (da tempo più o meno lungo) o acccompagnata da metrorragie. Queste, circa il modo e l'epoca di insorgenza, non tennero una fisonomia costante, però dalla disamina dei casi

(1) AMADEI e FERRI: Una centurie di casi di pl. previa ecc... — *Atti del VII Congr. della Soc. It. di Ost. e Ginec.* — Roma 1903.

(2) POLITI FLAMINI: La plac. previa nella Clinica Ost. Ginec. di Rom a— Roma Tipogr. Floriani e C., 1901.

(3) VIANA: La Plac. previa nella Clinica di Venezia — *Rivista Veneta di Scienze Mediche.* — 15 Luglio 1907.

(4) RAINERI: Ulteriore contrib. anatomo-clinico ecc. — *Rass. di Ost. e Ginec.* — Napoli. 1906.

Epoca di insorgenza della metrorragia	*Plac. previa centrale*	*Pl. pr. marg.*
All'inizio del travaglio o poco prima	casi n. 11	casi n. 44
da 2 a 5 giorni prima	» 6	» 3
da 5 a 10 » »	» 5	» 3
da 10 a 20 » «	» 8	» 6
da un mese e più	» 11	» 3

risulta che quelli nei quali esse insorsero solamente all'inizio del travaglio del parto o breve tempo prima furono, in assoluta maggioranza, di placenta previa marginale.

Il grado di anemia di ciascuna donna non fu in diretto rapporto col numero e colla durata degli accessi emorragici nè col maggiore o minore spazio di tempo che intercorse fra l'insorgenza degli insulti emorragici e il dichiararsi e l'espletarsi del travaglio del parto, e ciò è logico riferendoci alla quantità maggiore o minore di sangue che, per circostanze molteplici, a seconda della irruenza della emorragia, una donna può perdere in uguale o in diversi periodi di tempo. Nella metà dei casi più gravi (oss.ni 31-34-65) seguiti da morte, la metrorragia si iniziò violenta solo poche ore prima dell'intervento ostetrico.

Le metrorragie più gravi si ebbero in maggiore numero in quelle donne nelle quali la gravidanza si interruppe al VII° mese; ciò evidentemente è da ritenersi legato al fatto, che in generale la gravidanza si interrompe o viene interrotta tanto più per tempo, quanto più grave è il caso e in quanto maggior grado la placenta è previa.

Il rapporto delle diverse presentazioni fetali (calcolando su 102 feti, dovendosi computare due casi di gravidanza gemellare) fu:

nella totalità dei casi	cefalica	(casi 64)	- 62,74 %
	podalica	(casi 11)	- 10,78 %
	trasversa	(casi 27)	- 26,48 %
nella placenta previa centrale .	cefalica	(casi 25)	- 60,97 %
	podalica	(casi 4)	- 9,76 %
	trasversa	(casi 12)	- 29,27 %
nella placenta previa marginale	cefalica	(casi 39)	- 63,93 %
	podalica	(casi 7)	- 11,48 %
	trasversa	(casi 15)	- 24,59 %

rapporto di frequenza assai maggiore per la presentazione trasversa, di quanto risultò a *Politi-Flamini* (1) (12,48 %) e a *Viana* (2) (10 %) e alquanto inferiore a quello della statistica di *Amadei* e *Ferri* (3) (34,41 %).

Questo elevato procento della presentazione della spalla parrebbe dovesse quindi attribuirsi alla bassa inserzione della placenta. Ma per quanto non si possa negare alla legge di adattamento feto-utero-placentare una certa influenza nei casi di previetà (specialmente se notevole) della placenta, vi sono altri fattori che concomitano a favorire la situazione trasversale del feto: la pluriparità della madre, la prematuranza del feto, la viziatura del

(1) Politi-Flamini: loco citato.
(2) Viana: loco citato.
(3) Amadei e Ferri: loco citato.

bacino. Mi limito ad accennare a questi tre fattori come quelli che, nei miei casi, è da ritenersi abbiano in qualche modo influito, contribuendo a determinare con notevole frequenza la presentazione della spalla. Infatti:

in 7 casi, nei quali la gravidanza aveva raggiunto il termine, due volte il bacino fu piatto di I° grado e due volte la donna era molto pluripara (oltre 7 gravidanze);

in 2 casi il feto aveva raggiunto solo il nono mese di vita intrauterina;

in 8 casi esso era appena entrato nell'ottavo mese e una volta la madre era molto pluripara;

in 10 casi nei quali il feto era appena settimestre, cinque volte le madri avevano avute numerosissime gravidanze.

È così che, a parere mio, nei 27 casi da me raccolti di presentazione del piano laterale, l'importanza della placenta previa come causa dell'anomala presentazione fetale, viene sminuita 2 volte dalla coesistente viziatura del bacino, 2 volte dalla multiparità della madre, in 12 casi dalla notevole prematuranza del feto e in 6 casi da queste due ultime cause riunite.

Dalla Tabella B (vedi pag. seguente) risulta che in tutti i casi di placenta previa, così centrale che marginale, fummo obbligati ad intervenire ostetricamente con manualità od atti operativi di minore o maggiore importanza.

L'atto operativo più frequentemente praticato fu la versione bipolare *(Braxton-Hicks)* poichè si ricorse ad essa, o immediatamente se la dilatazione della bocca uterina lo permetteva (*casi* n. 35), o dopo ottenuta una sufficiente dilatazione a mezzo di tamponamenti vaginali (*casi* n. 9), in ben 44 casi; la parte più larga a questa operazione fu fatta (*casi* n. 28) nella placenta previa centrale.

Seguirono in frequenza il rivolgimento interno (preceduto o no da tamponamento vaginale o da introduzione di sacchetti di Champetier nell'utero) e l'amnioressi seguita da parto spontaneo, in massima parte praticato il primo e sempre la seconda nella varietà marginale.

Quando il feto si presentò per il podice, incalzando la emorragia (quasi sempre nella placenta previa centrale), perforata la placenta o il sacco amniotico, si procedette all'abbassamento di un arto inferiore fetale facendo poi seguire, molto lentamente, la estrazione podalica. La estrazione podalica primitiva fu praticata, nella varietà marginale, quando la precedente rottura del sacco amniotico avendo arrestata la metrorragia, la bocca uterina raggiunse naturalmente un grado di dilatazione permittente.

La dilatazione forzata della bocca uterina si praticò una sola volta (in un caso complicato da rigidità del collo), e fu seguita da embriotomia sul tronco del feto, il quale si presentava per la spalla ed era premorto: la embriotomia venne pure praticata in altri due casi nei quali, dopo la rottura delle membrane, la spalla si era notevolmente impegnata. In due soli casi l'intervento ostetrico si limitò al tamponamento vaginale non potendosi, date le condizioni di estrema gravezza della madre per anemia acuta, ricorrere a qualsiasi altro atto operativo.

Sempre dalla Tabella B risulta che la morbilità materna, dal lato puerperale, fu del 13 % (6 casi con placenta previa centrale e 7 con placenta previa marginale).

TABELLA B

TRATTAMENTO OSTETRICO	Placenta previa centrale				Placenta previa marginale				Totalità dei casi			
	n. dei casi	morbilità materna	mortalità materna	mortalità fetale	n. dei casi	morbilità materna	mortalità materda	mortalità fetale	n. dei casi	morbilità materna	mortalità materna	mortalità fetale
Tamponamento vaginale	2	—	2	2	—	—	—	—	2	—	2	2
Tamponamento vaginale seguito da amnioressi (parto spontaneo)	—	—	—	—	7	—	—	2	7	—	—	2
Amnioressi (parto spontaneo)	—	—	—	—	18	2	—	5	18	2	—	5
Abbassamento profilattico di un piede fetale e lenta estrazione podalica	4	1	1	4	1	—	—	1	5	1	1	5
Estrazione podalica primitiva	—	—	—	—	6	—	—	1	6	—	—	1
Rivolgimento Braxton-Hicks	28	4	1	23	16	3	1	10	44	7	2	33
Rivolgimento interno	6	—	—	5	11	1	—	4	17	1	—	9
Dilatazione forzata e embriotomia	1	1	—	1	—	—	—	—	1	1	—	1
Embriotomie sul tronco	—	—	—	—	2	1	—	2	2	1	—	2
Totale	41	6	4	35	61	7	1	25	102	13	5	60

Non può attribuirsi ad un metodo più che ad un altro, seguito nella cura in rapporto al numero delle volte nelle quali esso venne applicato, una morbilità materna più o meno accentuata, specialmente se si tiene presente, che la maggior parte delle donne le quali ebbero il puerperio infezioso (12 su 13) o furono operate dalla Guardia Ostetrica a domicilio, già prima dell'intervento ripetutamente esplorate e il più delle volte con cautele insufficienti di asepsi e antisepsi (n. 5 donne), ovvero furono operate in clinica dopo varî giorni di perdite sanguigne a domicilio e quindi colà ripetutamente esplorate o tamponate (n. 7 donne).

La morbilità materna dal lato puerperale da addebitarsi in particolare modo ad un dato metodo seguito, rimane così ridotta ai minimi termini.

Per quanto riguarda la mortalità materna essa fu del 5 %, alquanto più bassa quindi, per quanto di poco, di quella riportata nella migliore delle statistiche di questi ultimi tempi:

Raineri	Platzer	Politi-Flamini	Hecher Hantel	Schauta	Ribbius	Viana	Warren	Winckel	Bürger-Graf	Amadei e Ferri	Numers	Soli
9,4 %	8,69 %	8 %	8.5 %	7.26 %	7.2 %	7 %	6.3 %	6 %	5.8 %	5.5 %	5.5 %	5 %

Le donne che morirono erano tutte, al momento dell'intervento ostetrico, in condizioni gravissime per anemia acuta: due specialmente furono giudicate in istato tanto grave da non potere resistere ad alcun atto operativo di una certa entità e infatti morirono poco dopo praticato il tamponamento della vagina. Le altre tre, pure gravemente anemiche, furono operate rispettivamente di rivolgimento alla Braxton-Hicks e di abbassamento di un arto inferiore fetale (pres. podalica).

Delle donne che soccombettero, 4 avevano placenta previa centrale e 1 marginale, così che il rapporto della mortalità materna nella varietà centrale e in quella marginale fu di 4 : 1.

La morte fu in tutti i casi dovuta ad anemia acuta.

La mortalità fetale fu, calcolando su 102 feti, poichè in due donne la

HANTEL: citato da Guicciardi — *Indicaz. meno comuni al T. C. ecc.*
RAINERI: loco citato.
PLATZER. *46 Fälle von Plac. praevia* — Centr. f. Gyn., 18.7. p. 1001.
POLITI-FLAMINI: loco citato.
HECHER: citato da Politi-Flamini.
SCHAUTA: citato da Politi-Flamini.
RIBBIUS: *Accouch. forcé bei Plac. praevia* — Centr. f. Gyn., 1898 p. 1215.
VIANA: loco citato.
WARREN: *Plac. praevia. A series of 91 cases.* — The Lancet, n. 5, 1916.
WINCKEL: citato da Politi-Flamini.
BÜRGER-GRAF: citato da Politi-Flamini.
AMADEI e FERRI: loco citato.
NUMERS: citato da Guicciardi.

gravidanza fu gemellare, del 58,8 % sulla totalità dei casi e rispettivamente dell'85,36 % e del 40,98 % per la placenta previa centrale e per quella marginale.

Questa elevata mortalità fetale nella placenta previa fu purtroppo riscontrata dalla maggioranza degli autori.

Hantel	Politi-Flamini	Müller	Strassmann	Dorant	Pohl	Viana	Soli	Boss	Warren
78 %	78 %	64.18 %	61 %	60.4 %	60 %	60 %	58.8 %	53 %	52 %

Solamente *Raineri*, su 37 casi, ebbe il 36 % di mortalità fetale, procento che scenderebbe al 30 % calcolando che 3 feti erano premorti, e *Amadei* e *Ferri* ebbero il 31,33 %, tenendo però calcolo dei s li feti vitali ed escludendo un notevole numero di feti sospettati premorti.

Se noi avessimo tenuto calcolo dei feti immaturi (in numero di 3), dei morti e macerati (in numero di 3) e di quelli pei quali, al momento dell'intervento ostetrico, fu fatta diagnosi di premorienza in base al reperto negativo della ascoltazione del battito fetale (in n. di 9) potremmo ridurre la mortalità fetale al 51,72 %.

Ricordiamo inoltre che le nostre cifre a diversità degli altri autori su ricordati, tranne *Amadei* e *Ferri*, furono dedotte da soli casi di placenta previa centrale e marginale il che concorre a peggiorare la prognosi fetale. Ma poichè ben diversamente va interpretata la mortalità fetale per placenta previa dalla mortalità fetale riferentesi ai varî metodi ed interventi ostetrici, così nel calcolare la prima non credemmo di eliminare i feti immaturi o premorti, ritenendo che nella maggior parte dei miei casi l'aborto e la premorienza del feto possano essere legati alla previetà della placenta.

Se poi vogliamo riferirci alla mortalità fetale in rapporto al trattamento ostetrico iniziato e agli atti operativi praticati a feto ancor vivente nell'utero materno, a mio avviso questa non può venire considerata partitamente pei singoli atti operativi o metodi seguiti, ma complessivamente (51,72 %). Infatti se noi volessimo riportare le cifre rispecchianti la morta-

Hantel: loco citato.
Politi-Flamini: loco citato.
Müller: citato da Warren.
Strassmann: *Plac. praevia*, Arch, f. Gyn., Bd. 67.
Dorant: *Statistiches über Plac. praevia*. In Chrobak's, Bericht ecc., Wien 1897.
Pohl: citato da Warren.
Viana: loco citato.
Boss: citato da Warren.
Warren: loco citato.
Raineri: loco citato.
Amadei e Ferri: loco citato.

lità fetale data da ciascun atto operativo in rapporto al numero dei casi in cui questo venne praticato (V. tabella B) otterremmo dei valori tanto fra di loro disparati che, separatamente presi, noi non potremmo loro dare alcuna importanza in riguardo alla convenienza, per la prognosi fetale, di seguire un metodo operativo piuttosto che un altro.

Nella cura della placenta previa non è possibile propugnare a priori, per tutti i casi, un dato trattamento ostetrico a preferenza che un altro, troppe essendo le cause e le condizioni che possono e debbono influire sulla scelta del metodo. Lo stato più o meno grave della partoriente, la gravezza della emorragia, il grado maggiore o minore nel quale la placenta è previa, l'età della gravidanza, lo stato di vita o di morte intrauterina del feto, le condizioni del collo o della bocca uterina, la presentazione fetale, le condizioni di ambiente concorrono indubbiamente a indicare all'ostetrico la cura da seguire. Così che la mortalità fetale più che essere legata ad uno speciale trattamento ostetrico è strettamente dipendente dalla gravezza del caso e dalla coesistenza di complicanze, che peggiorano di per sè la prognosi fetale, qualunque sia il trattamento ostetrico adottato.

***

La nostra scuola, eclettica nella scelta del metodo, nei casi più gravi o per le condizioni materne o per l'irruenza della metrorragia o per il grado di previetà della placenta, fa larga parte al metodo di Berlino.

La versione bipolare seguita da lenta ed oculata estrazione podalica permette di porre sollecito, e già per tempo, un argine alla emorragia e consente di trattare a fondo il caso in un tempo notevolmente breve con minore rischio, immediato o a distanza, per la partoriente.

Questo metodo che viene accusato di trascurare troppo gli interessi fetali ad esclusiva tutela di quelli materni, in pratica dà i migliori risultati. Questa convinzione, valicate le Alpi, è condivisa in oggi, anche fra di noi, da molti in base ai risultati ottimi con tale metodo ottenuti nelle cliniche di Padova, Parma, Roma, Venezia e in tante altre.

Se la mortalità fetale conseguente a questo trattamento della placenta previa è indiscutibilmente assai elevata, non è meno vero che ad esso si ricorre nei casi più gravi (in massima parte per placenta previa centrale), nei quali la vita del feto è già molto compromessa dalla sua prematuranza e dalle gravi persistenti metrorragie materne.

(Continua).

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Genova

DIRETTO DAL PROF. L. M. BOSSI

L'Azoto Colloidale nell'urine delle donne

durante la gravidanza, il travaglio di parto ed il puerperio

PEL DOTTOR STEFANO REBAUDI, ASSISTENTE

(Continuazione, v. Fasc. V).

Se si fanno scorrere anche rapidamente i valori che ho ottenuto nei varî esami e più sopra trascritti, apparirà quanto segue:

Nelle gravidanze decorrenti nel modo più normale, il tasso dell'Azoto colloidale, sempre considerato in rapporto all' Azoto totale eguale a cento, oscilla entro valori, che dal minimo di 1.3 $^0/_0$ raggiungono il massimo di 2.3 $^0/_0$, passando attraverso gradi intermedî e comportandosi nel modo qui appresso tracciato.

Il tasso dell'Azoto colloidale da dei valori oscillanti attorno al 2 $^0/_0$, quali abbiamo intorno al terzo mese di gravidanza, allorchè si riscontra nelle pazienti qualche lieve disturbo cosidetto simpatico, scende ad 1.8 - 1.7 - 1.5 verso il quarto, quinto, sesto mese, per raggiungere il minimum di 1.4 - 1.3 al settimo ed ottavo mese, dopo di che già nella prima metà del nono mese (1.7 - 1.9) e più ancora nella sua seconda metà, aumenta notevolmente, a toccare le cifre massime proprio prima del parto, in cui raggiunge il 2 $^0/_0$ ed il 2.3 $^0/_0$.

Durante il puerperio normale, di quelle stesse donne, in cui la gravidanza era trascorsa regolarmente, noi abbiamo ottenuto con reperto costante valori superiori ai precedenti. Da dei valori di 1.6 - 1.7 - 1.8, che riscontrammo subito dopo il parto o nei primissimi giorni di puerperio, si arriva a valori oscillanti intorno a 1.9 - 2 - 2.08 $^0/_0$ sino a 2.9 - 3.03 $^0/_0$ durante i rimanenti giorni, senza poter dire con sicurezza se allo scadere dei dodici giorni di puerperio, in cui mi fu dato condurre le mie ricerche, vi sia una tendenza all' abbassarsi del tasso di Azoto colloidale, È a notare che i valori sono sempre più elevati nelle donne che allattano; si mantengono più bassi in quelle che non allattano. In queste ultime pazienti si può ritenere esista negli ultimi giorni di puerperio, in cui esperi-

mentai, un accenno ad un diminuire del percento di Azoto colloidale.

Nelle donne, in cui, pur decorrendo la gravidanza esente da morbi, che ne potessero complicare o travisare (intervenendo con intossicamenti ed alterazioni organiche di varia origine, ad esempio bacterica) il quadro suo specifico, si erano riscontrate sindromi morbose diverse, rapportabili tutte però al quadro generale sintomatogico dell'autointossicazione gràvidica, noi abbiamo ottenuto costantemente, per quanto riguarda l'Azoto colloidale, valori più elevati che non nelle gravide precedenti: valori però che nel loro generale comportamento debbono rapportarsi a quanto più sopra abbiamo detto per le gravide normalissime. Infatti da dei valori, che raggiungono il 4.5 - 5 °/₀ durante il terzo mese di gravidanza, scendiamo durante il quinto, sesto, settimo, ottavo mese a valori che toccano il minimum di 1.9 - 1.8 °/₀, per poi salire di nuovo a cifre oscillanti intorno il 2.6 - 2.8 °/₀ durante l' ultimo mese di gestazione, fino al maximum di 4.3 - 5,5 prima del parto.

Queste medesime donne durante il puerperio hanno costantemente presentato valori più elevati dei precedenti, a comportamento eguale, nelle sue linee generali, a quello già delineato più sopra per le puerpere, in cui la gravidanza era decorsa nelle più regolari condizioni. Così da valori minimi di 1.8 - 2 - 2.5 - 3.2 °/₀ subito dopo il parto, si sale a valori massimi di 2.3 - 2.5 - 2.9 - 4 - 4.5 °/₀ durante i rimanenti giorni di puerperio.

E' a notare, che tanto nelle donne, in cui la gravidanza decorreva quasi inavvertita, quanto, ed in modo ben più manifesto, nelle donne in cui la gravidanza era accompagnata da una sequela di disturbi inerenti esclusivamente allo stato gravidico, il tasso percento di Azoto colloidale subiva delle evidenti variazioni individuali.

Nelle gravidanze, che diremo burrascose, il percento di Azoto colloidale si trova quasi costantemente in corrispondenza proporzionale alla intensità dei disturbi di tossiemia gravidica rilevabili nell' inferma. Così, ad es., nella paziente N. 2 a temperamento pletorico, obesa, con nausee, vomito, accessi asmatici, in terzo mese di gravidanza, noi abbiamo riscontrato per l'Azoto colloidale valori elevatissimi (4.5 °/₀ - 5 °/₀); nella paziente N. 15 invece, la quale nei primi mesi di gravidanza aveva accusato molesti ed accentuatissimi disturbi autotossici gravidici e che ora in settimo, ottavo e nono mese se la passava abbastanza bene, abbiamo ottenuto valori ben più bassi (1.8 - 2.1 - 2.8 °/₀).

Nella paziente N. 18, gravida all'ottavo mese, a temperamento artritico, polisarcica, con sifilide pregressa, padre alcoolista, arteriosclerotico, la quale aveva già avuto una gravidanza complicata da ittero interrottasi in ottavo mese, ed in cui la gravidanza attuale decorreva con stato subitterico, un cumulo di fenomeni autotossici molesti e molto inquietanti, noi abbiamo ottenuto sempre valori elevatissimi, che da 2.6 - 2.8 °/₀ ascesero sino a 4.3 °/₀ prima del parto, e si mantennero tali, con tendenza anche ad un leggiero aumento durante il puerperio (2.9 - 4 - 4.5 °/₀).

Interessantissimi sono i reperti avuti nella paziente N. 12, primipara, che aveva a suo attivo una sifilide pregressa; la quale, dopo aver trascorso i primi mesi di gravidanza assai malamente, aveva avuto un periodo di benessere quasi completo durante gli altri mesi, sino al nono, in cui cominciò a notare un cumulo di disturbi caratterizzati da svogliatezza, malessere generale, cefalalgia prima a periodi, poi continua, insistente, più grave, vertigini, deliqui, vampe di rossore al viso, dolori e topalgie diffuse, abbagliamenti della vista, disappetenza, nausee, atonia gastro intestinale: disturbi che mano mano s' aggravarono sino al termine di gravidanza, in cui la donna cadde in preda ad uno stato depressivo intenso con rari e passeggieri attacchi eclampsiformi, con lieve albuminuria. In questa donna noi avevamo avuto, specialmente durante il nono mese di gravidanza, valori elevati per l'Azoto colloidale dell'urine, quali 2.1 - 2.3 $^0/_0$, che si fecero elevatissimi (5.5 $^0/_0$) a termine di gravidanza, che veniva a coincidere col periodo di crisi fisiologica. Durante il puerperio il tasso dell'Azoto colloidale si mantenne molto elevato a toccare valori, quali 3.2 - 4 - 2.9 - 2.6 $^0/_0$: valori che non raggiungono però quelli ottenuti nella malata precedente (N. 18), nella quale presentavansi più elevati ed avevano una minore tendenza ad abbassarsi. Questa paziente (N. 18) allattava, l'altra (N. 12) non dava latte.

Nelle pazienti, che ci dettero valori elevati per rapporto all'Azoto colloidale, abbiamo potuto mettere in evidenza nella loro anamnesi famigliare una eredità morbosa da alcoolismo o da artritismo, oppure nella loro anamnesi personale remota e recente gravi infermità od intossicazioni varie, che lasciano una fatale impronta sulla costituzione organica, quali la sifilide, l'alcoolismo, l'artritismo, ecc., od abitudini di vita, le quali possono avere gravi conseguenze sopratutto su alcuni organi dell' economia; come è dimostrato agire dannosamente sul fegato i frequenti disturbi gastro-intestinali da alimentazione disordinata ed incongrua.

Nel secondo gruppo di mie esperienze, ove radunai le pazienti, in cui la gravidanza decorreva complicata da varie infermità, quali la sifilide, la tubercolosi, l' insufficienza cronica cardiaca, io ebbi sempre a riscontrare per l'Azoto colloidale valori molto superiori a quelli, che più sopra ho ricordato per le gravidanze normali allo stesso mese di gestazione o nella stessa giornata di puerperio, pur ottenendo nel suo generale comportamento una linea di condotta del tutto paragonabile. Sono valori, che, nelle tre donne tubercolose gravide ai primi mesi, oscillano intorno il 4.5 $^0/_0$ con un minimum di 3.7 $^0/_0$ nel N. 1, il maximum di 5.5 nel N. 3; nella donna con sifilide al periodo secondario, che come cura ricevette in tutto 20 centgr. di calomelano, per conservarla quanto meglio era possibile a scopo delle mie esperienze, durante la gestazione fra 2.09 $^0/_0$ - 2.3 $^0/_0$ e 3.7 $^0/_0$ al suo termine normale e nel puerperio da 2.2 a 3.03 $^0/_0$; nella donna poi con vizio cardiaco, che entrava in scompenso tutte le volte che la inferma rimaneva troppo a

lungo in piedi od attendeva a qualche lavoro anche lieve, oscillano durante la gravidanza da un minimum di 2.8 % ad un maximum di 4.1 e 5.2 % prima del parto, e nel puerperio da un minimum di 3.3 % dopo il parto ad un maximum di 4.7 - 5.8 % entro i primi dodici giorni di puerperio. La puerpera sifilitica dava latte, quest'ultima non allattava.

In tutte queste pazienti, escluse alcune poche, le quali rimasero troppo poco tempo in mia osservazione e per un periodo non corrispondente ai catamenî, studiai le oscillazioni, che subiva il tasso percento dell'Azoto colloidale, durante quel lasso di tempo, che corrisponde, per i dati del calendario e per l' insorgere di speciali nuovi disturbi o l'aggravarsi di quelli già esistenti, al periodico ritornare ed estrinsecarsi della funzione ovulatrice ovarica, come appunto è dimostrato avvenire in gravidanza al ritorno virtuale d'ogni mestruazione mancata.

Studiandomi di cogliere specialmente il periodo corrispondente al premestruo della mestruazione non avvenuta, riscontrai costantemente un'elevarsi del quantitativo di Azoto colloidale: aumento questo in stretto rapporto a speciali condizioni, che ho cercato di definire. Così questo aumento è più sentito nelle gravidanze complicate, che non nelle gravidanze normali; e di queste ultime meno avvertito è in quelle che decorrono senza alcun disturbo nè obbiettivo, nè subiettivo di sorta, che non in quelle altre che presentano disturbi autotossici di maggiore o minore intensità. Riguardo all'epoca della gravidanza questo aumento è meno sentito durante il quinto, sesto, settimo, ottavo mese, mentre è notevolissimo all' ull'ultimo mese, sopratutto se questo periodo di crisi fisiologica coincide o distanzia di poco l'epoca del parto: talora in questo periodo il tasso per cento di Azoto colloidale aumenta da 1.6 a 3.1 %, da 2.3 a 5.5 %.

***

Così detto sommariamente delle oscillazioni, che presentano le percentuali di Azoto colloidale nell' urine delle donne sane o colpite da alcune infermità durante la gravidanza, il travaglio di parto ed il puerperio, se, come hanno dimostrato le geniali e pazienti ricerche di Salkowski e le più diffuse ricerche cliniche di Mancini, l'aumento del percento di Azoto colloidale nell'orine è specifico del fegato ed è l'espressione d' un' alterata funzionalità o di un perturbamento dell'elemento nobile epatico, ne viene da sè, che noi, basandoci su questi valori, potremo trarre importanti conclusioni, per delineare e definire nel miglior modo possibile, le questioni che tuttora si dibattano sullo stato del fegato durante la gravidanza, il parto ed il puerperio.

Occorre far notare prima di andare oltre che, se l' aumento dell'Azoto colloidale nell'urine è l'espressione di un'alterata funzionalità o di un perturbamento dell'elemento nobile epatico, il riscon-

trare, nel caso che il fegato per speciali condizioni organiche sia costretto ad esplicare una maggiore attività funzionale, una sua diminuzione graduale e progressiva, ci starà a dire che la cellula epatica, mentre lavora con maggior lena, mettendo a servizio dei nuovi maggior bisogni tutte le sue energie possibili, lascia passare o produce minima quantità di quelle scorie, che è stato veduto esser indice di alterazione o deficienza sua funzionale. Quindi il riscontrare durante la gravidanza, in cui, mano mano si va procedendo verso il suo termine normale, si fucina per condizioni diverse, non ultima l' aumento enorme di tossici da trasformare, eliminare, neutralizzare, un ingente iperlavoro alla cellula epatica, valori percentuali bassi per l'Azoto colloidale, ci sta a dire che il fegato, giacchè sopperisce ottimamente bene ai nuovi maggiori lavori, è costretto a funzionare più attivamente e con massima completa efficacia e rendimento, permettendo che una tenue quantità di sostanze incombuste o del suo ricambio comunque alterato, le quali raccolgonsi poi nel precipitato alcoolico di oscura origine e composizione chimica in cui ricercheremo l'Azoto, passino nella urina.

Ritenuto adunque che le minime quantità per cento di Azoto colloidale rappresentino le scorie dell'iperlavoro di un organo epatico normalmente funzionante, l'aumento graduale di questi valori ci starà ad indicare l' inizio ed il graduale pigliar piede del fiaccarsi progressivo, talora rovinoso, della funzionalità epatica, sino allo stabilirsi di una vera insufficenza funzionale in un organo pur sempre costretto ad un iperlavoro.

Ciò posto, dai valori più sopra enunciati, appare che il fegato durante la gravidanza si trova in uno stato di iperattività, che, iniziando già sino dai primi mesi, va accentuandosi gradatamente sino a termine di gestazione. Stato di iperattività funzionale, che se quasi sempre, riesce a sopperire egregiamente alle maggiori richieste di lavoro, dimodochè non ne emerge nell' aumento dell'Azoto colloidale alcun segno di stanchezza funzionale, non sempre ne la spunta: e questo specialmente nel secondo, terzo mese, e poi ancora nel nono mese e sopratutto negli ultimi giorni di gestazione.

Diversi reperti questi, si possono conciliarsi perfettamente, se noi ci facciamo a considerare nelle sue linee generali, il modo come si svolge (attenendoci strettamente ai risultati di mie ricerche) la funzionalità epatica durante la gravidanza. Per comodo di esposizione, dirò unicamente della funzione antitossica del fegato in gravidanza, intendendo però rapportarmi coi miei detti a tutte le altre svariate funzioni della cellula epatica, che sinergicamente vengono esplicando la loro attività.

Allorchè, per lo stabilirsi della gravidanza in un organismo, si viene a produrre una maggiore abbondanza di tossici, per modo da richiedere una maggiore attività negli organi protettivi antitossici, il fegato, costretto ad un maggior lavoro, sopperisce nei primi tempi con l'utilizzazione graduale delle sue energie latenti di riserva.

Ma vengono queste in un certo periodo di tempo non molto lato a mancare, ed allora comparirebbero alcune note di deficiente funzione epatica, sempre in rapporto al crescente suo lavoro, se non subentrassero le nuove attività funzionali, che debbono sprigionarsi, in un tempo maggiore o minore di lavorìo latente, per dato e fatto dei processi di ipertrofia cellulare, che vengono a stabilirsi e grado grado vanno accentuandosi. Questo periodo di lavorìo preparatorio all'ipertrofia funzionale del fegato, che corrisponde all'esaurirsi delle energie di riserva, che può opporre il fegato all'iperlavoro, durante il quale riscontrasi uno stato di relativa deficienza o tendenza alla deficienza funzionale della cellula epatica, parrebbe corrispondere al secondo o terzo mese di gravidanza, quando appunto si raggiunge per l'Azoto colloidale il maximum dei valori compatibili con questa età di gravidanza. Subentra poi l'ipertrofia funzionale, che vittoriosamente (quanto dico vale per la gravidanza normale) riesce a distruggere con esuberante vigoria tutti i maggiori veleni che al fegato arrivano; e così vediamo scomparire quegli accenni di aumento dell'Azoto colloidale, che avevamo notato nel terzo mese e diminuire mano mano i suoi valori sino a tutto l'ottavo mese. Allorchè procediamo oltre, e ci inoltriamo nel nono mese, i valori dell'Azoto colloidale, invece di continuare a diminuire, subiscono un aumento progressivo fino a raggiungere un maximum, che coincide col sopraparto. Vuol dire che il fegato, costretto ad una prolungata ed eccessiva iperfunzione, giunto ad un certo limite, che può ritenersi il punto suo di completa saturazione funzionale, non può più seguire il continuo e più rapido aumentare di lavoro, che a lui, per circostanze organiche nuove, compete, ed allora ecco comparire le prime note d'una deficiente funzione epatica in potenziale, che va sempre più accentuandosi, giacchè questo squilibrio fra iperlavoro ed impossibilitata ulteriore iperfunzione è destinato a farsi man mano più stridente. Il fegato ancora fiaccamente riesce a stiracchiare il suo lavoro, ma è uno sforzo che fa spossante, perde continuamente terreno, per modo che basta un minimo intoppo a far esplodere una insufficienza vera e propria, là ove era solamente un'impossibilità fisiologica a tener testa esuberantemente alla progressiva più abbondante produzione di lavoro, destinata però ad attenuarsi bruscamente con l'atto del parto in un ben limitato e circoscritto periodo di tempo.

Il comportamento della funzione epatica può quindi nelle sue grandi linee rapportarsi al comportamento, già da me altra volta tracciato, dello stato della crasi sanguigna e degli organi ematopoietici durante la gravidanza.

E questo comportamento a me pare possa estendersi a tutti gli organi facenti parte del complesso sistema protettivo antitossico dell'organismo, giacchè noi vediamo sintomi di intossicazione gradica ad intensità diversa (fenomeni simpatici di gravidanza), esplicarsi specialmente nel secondo e terzo mese di gestazione, scomparire nel più dei casi nei successivi mesi, per ricomparire nel nono mese, e farsi talora gravi e minacciosi verso gli ultimi giorni di gravidanza.

***

Così delineato rapidamente il quadro generale del comportamento della funzionalità epatica durante la gravidanza, si delucideranno nettamente alcuni valori elevati per l'Azoto colloidale apparentemente contradditorî, che noi abbiamo ottenuto in alcune pazienti, in cui la gravidanza, pur essendo esente da infermità patenti e tangibili, che ledessero la cellula epatica, decorreva abbastanza burrascosa con fenomeni d'intossicazione gravidica di diversa intensità.

Allorchè in un organismo aumenta il lavoro d'un suo organo, e questo per legge di adattamento è costretto colle sue proprie forze a sopperire alle nuove richieste, vi riescirà, con maggiore o minore rapidità e nel modo più completo possibile, a seconda delle maggiori o minori energie vitali di cui può disporre. È appunto, in istretto rapporto a questa maggiore o minore vitalità dei suoi tessuti nobili, che quell'organo con diversa intensità risponde alla maggior richiesta di lavoro, in primo tempo con l'emissione delle sue energie di riserva, poi coll'ipertrofia funzionale, che potrà essere più o meno rapida, più o meno completa, più o meno duratura.

Così, se abbiamo a che fare con un fegato, il quale versa in cattive condizioni di vitalità (che possono subire da individuo ad individuo oscillazioni molto sensibili), per circostanze varie ereditate (Murchison, Hanot, Glenard, De Giovanni, ecc) o per condizioni acquisite a causa di intossicazioni esogene (alcool, piombo, fosforo, ecc.) od endogene, o malattie sofferte (sifilide, insufficienza cardiaca intercorrente, ecc.), allorchè si trova costretto ad un maggior lavoro, avendo in primo tempo una minima riserva di energie di difesa, insufficiente sarà la sua funzione al nuovo stato di cose; in secondo tempo poi, essendo in questo tessuto più o meno difficoltato il processo di ipertrofia dell'elemento nobile funzionante, verrà a trovarsi nella triste circostanza di dover capitolare dinanzi al continuo permanere ed accentuarsi di un aumento di lavoro; se pur altri organi ad omologa e consimile funzione non intervengono, salvando l'organismo; e l'arte sanitaria non porta un suo valido contributo.

Questa è appunto la sorte che incombe durante la gravidanza a tutti quegli organi, i quali, nel mentre, per modificate condizioni organiche, devono aumentare le loro funzioni, si trovano nella dura necessità di non poter far fronte alle nuove indispensabili richieste di lavoro, in primo tempo per la minima o nulla riserva di energie latenti, in secondo tempo per la debole e fiacca reazione dell'elemento nobile all'ipertrofia funzionale.

Supponiamo che in queste miserrime condizioni di resistenza organica si trovi tutto il sistema epuratore antitossico dell'organismo.

Allora, nel caso intervenga in un tale organismo la gravidanza col suo cumulo di maggiori e diversi veleni da smaltire, noi avremo necessariamente la comparsa sino dai primi tempi, nei primi mesi, di fenomeni patenti da intossicazione organica gravidica, che si fa-

ranno più cospicui in quel lasso di tempo, che corrisponde all'esaurimento dei minimi materiali di energie funzionali latenti ed alla preparazione all'ipertrofia funzionale dell'elemento nobile antitossico, i quali potranno, allorchè la vitalità ipertrofica di detto sistema è poco alterata, per le mirabili condizioni di adattamento di cui è munito l'organismo umano, dileguarsi nei mesi successivi di gravidanza, per ricomparire ad eguale intensità ed anche più ingenti, minacciosi, gravissimi nel nono mese, a termine di gestazione. Ma non sempre questo avviene, che anzi, non di rado, ad un periodo od all'altro di gravidanza, lo che è sempre in relazione alla vitalità di detto sistema antitossico, alla potenzialità di ipertrofia funzionale che è capace di raggiungere, alla resistenza dell'organismo, alla quantità e qualità di veleni che vanno di continuo producendosi, possiamo assistere ad un avanzarsi minaccioso ed all'esplodere repentino del quadro più ampio, più completo, più intenso della intossicazione gravidica; così che noi abbiamo lo sfacelo rapido di due organismi: madre e feto, o di uno solo, il più debole, se pure l'arte sanitaria non interviene con un suo valido soccorso. Fortunato esito quest'ultimo della morte ed espulsione del feto, giacchè in tal modo, venendo a mancare una fonte non minima di veleni gravidici, si riesce a scaricare il sistema epuratore antitossico organico d'una gran mole di lavoro, per modo da permettergli una rivendicazione più o meno rapida, più o meno completa.

Ma espulso il feto anche a termine, senza che alcun fatto grave di intossicazione gravidica si abbia avuto a notare, iniziatosi il puerperio, un cumulo di nuovi veleni, producentesi per l'alterato e pervertito estrinsecarsi del metabolismo organico in questo periodo di vita sessuale, per il lavorio preparatorio prima e poi per il normale espletarsi della funzione di lattazione, ecc., accorre al sistema antitossico per esser smaltito: enorme accumulo di lavoro colpisce quindi gli organi di detto sistema in un momento di estrema fiacchezza, donde l'esplodere talora tardivo di gravi fenomeni di intossicazione gravidica, che ora diremo più propriamente puerperale, durante il puerperio.

Ed il fegato appunto, che fa parte integrale, anzi parte essenziale, di questo sistema epuratore antitossico (come risulta dal comportamento dei valori ottenuti per l'Azoto colloidale) sottostà a questa linea generale di condotta rapidamente tracciata. Nelle pazienti infatti, in cui dall'esame anamnestico si riusciva a porre in evidenza speciali condizioni ereditarie (sifilide, alcoolismo, artritismo, ecc.), od acquisite (sifilide, alcoolismo, disturbi dietetici, ecc.), le quali è dimostrato esercitare una deleteria influenza sulla cellula epatica, noi abbiamo quasi costantemente riscontrato valori per l'Azoto colloidale molto più elevati, che non nelle condizioni ordinarie: valori i quali, come abbiamo veduto, si comportano in modo da indicarci, che la funzione epatica già deficiente verso il terzo mese di gravidanza, si accomoda alquanto nei successivi mesi, per accentuarsi maggiormente nel nono mese e più ancora nei giorni

che precedono immediatamente il parto. Questi valori variano notevolmente da individuo ad individuo, certo in istretto rapporto alla quantità di veleni gravidici, all'energie di vitalità di cui dispone la cellula epatica e ad altre circostanze più recondite che sfuggono alle nostre ricerche. Si accompagnano a questi valori, che stanno ad indicarci una deficiente funzione epatica, disturbi da intossicazione gravidica più o meno gravi, più o meno intensi fino allo scoppio di una sindrome eclampsiforme in una inferma durante il periodo di sopraparto. In questa donna il tasso dell'Azoto colloidale era elevato parecchio, per modo da indicarci un grado di lesa funzione epatica non disprezzabile, il quale certo non basta a provare, che quell'esplodere di accessi eclampsici debba imputarsi unicamente all' alto grado di insufficienza funzionale epatica; tanto più che in altre pazienti, in cui si avevano elevati valori per l'Azoto colloidale, pur riscontrandosi le note di una intossicazione gravidica, non si ebbero mai a notare fenomeni eclampsici.

Ciò sta a dire che le varie sindromi da intossicazione gravidica non sono dovute esclusivamente, come vuole taluno, ad un diverso grado di insufficienza funzionale epatica, ma ad una insufficienza funzionale di tutto il complesso sistema antitossico dell'organismo, nel quale entrano a far parte organi, se non così voluminosi, altrettanto importanti.

Le deficienze funzionali latenti degli organi costituenti il sistema antitossico organico, e quindi in particolare del fegato, sono sostenute da processi morbosi varî a diversa intensità, a diversa estensione, che possono andare dalle semplici alterazioni istochimiche, che sfuggono al più attento esame anatomo-patologico macro e microscopico fino all'atrofia lenta progrediente dell'elemento nobile funzionante. Fra questi due estremi esistono numerosi stati intermedî di alterazione della cellula epatica, che ci spiegano appunto come, allo stesso stimolo di iperlavoro, la cellula epatica, in preda a differentissimi gradi di alterazione funzionale latente, si trovi incapace a rispondere esaurientemente, rivelando una deficienza maggiore o minore alle più forti richieste di lavoro.

Nel caso ci si trovi ad avere un'identica o pressochè rapportabile intensità di lesione funzionale latente della cellula epatica (il che idealmente solo potrà avverarsi), la deficienza di funzione epatica di fronte ad un iperlavoro sarà maggiore o minore a seconda della maggiore o minore mole di superlavoro che a quest' organo arriva, e poi ancora a seconda della rapidità maggiore o minore, con cui il maggior lavoro si produce ed il tempo che è concesso alla cellula epatica per mandarlo a compimento.

Questa verità la si può seguire e cogliere praticamente nei varî reperti ottenuti nel corso di mie esperienze. Durante la gravidanza normale, specialmente nel quinto, sesto, settimo, ottavo mese, in cui la iperproduzione dei veleni si fa grado grado e progressivamente, abbiamo veduto che l'organo epatico in modo esauriente con una ipertrofia di funzione lentamente accentuantesi, tiene dietro

all'iperlavoro: basta però che compaia una subitanea ressa di lavoro per assistere alla caduta della cellula epatica in uno stato di deficienza funzionale, svelatoci dall'aumento nei valori dell'Azoto colloidale.

E' quanto riscontriamo appunto ogni volta che ricompare nella donna gravida la funzione ovulatrice ovarica mensuale. E' provato da numerose esperienze, che ad ogni crisi fisiologica (Bossi, De Paoli, Stella, Rebaudi, ecc.), la donna entra in uno stato di intossicazione ovarica, che dura appunto quanto dura l'influsso sull'organismo della funzione ovulatrice dell'ovaio, che periodicamente ritorna ogni mese anche lungo tutto il periodo di gravidanza. Ora in questi periodi di crisi fisiologica io riscontrai costantemente un'innalzarsi del tasso per cento di Azoto colloidale; lo che ci sta a dire, che esiste in tali period una tendenza alla deficienza relativa funzionale del fegato. Deficienza funzionale che oscilla entro termini latissimi, ed è sempre relativa alle condizioni in cui si trovava già in precedenza il fegato, e che va da termini fisiologici, quali riscontriamo specialmente al quinto, sesto, settimo mese di gravidanza, sino a valori che stanno ad indicarci una insufficienza funzionale conclamata. Nella gravidanza normale i valori più elevati l'abbiamo riscontrati alla crisi fisiologica del secondo, terzo e del nono mese; periodi in cui il fegato, come vedemmo, trovasi di già in condizioni non molte floride; valori ben più cospicui abbiamo ottenuti in quelle pazienti gravide, in cui l'organo epatico era in preda a lesioni latenti di maggiore o minore entità, ed in corrispondenza dell' ultima crisi fisiologica, sopratutto poi se il parto veniva più o meno direttamente a coincidere col periodo di ritorno della mestruazione. Nella paziente N.° 12, che si trovava appunto in tale circostanza, si raggiunse il valore massimo di 5,5 %.

Quanto è provato avvenire in particolare per il fegato, si può ritenere avvenga, generalizzando questo concetto informatore, per l'intero sistema antitossico dell'organismo, di cui il fegato fa parte integrale. Infatti, per citare un solo fatto, nella detta paziente N.° 12, in cui col termine di gravidanza coincideva il periodo di crisi fisiologica, noi abbiamo assistito all'esplodere d'una delle forme più gravi di intossicazione gravidica da insufficienza acuta dell'intero sistema antitossico organico, fiaccato d'un tratto dall'enorme produzione rapida di tossici ovarici, cui non poteva assolutamente far fronte per le sue malaugurate, precarie e false condizioni vitali.

Da quanto abbiamo detto sopra, somma appare la influenza, che giuoca la vitalità dell'elemento nobile del fegato, sulla comparsa o meno, sulla gravità d'una deficienza ed insufficienza funzionale epatica di fronte ad un superlavoro; come egualmente notevolissima si addimostra l' influenza che può esplicare il grado di potenzialità vitale di tutto l' intero sistema antitossico sulla comparsa o meno, sulla intensità maggiore o minore dei fenomeni di intossicazione gravidica dinanzi ad un superlavoro antitossico, quale si ha appunto in gravidanza.

La iperproduzione di veleni gravidici può quindi svelarci alterazioni latenti di diversa intensità, che hanno colpito la cellula epatica, come può, generalizzando il concetto, svelarci deficienze latenti di tutto l'intero sistema antitossico organico, donde l'insorgere del quadro dell'intossicazione gravidica, che può pigliare caratteristiche differenti, con sintomatologia più o meno spiccata e preponderante, a seconda di quel dato organo a specializzata funzione antitossica, che trovasi, più degli altri od in ispecial modo, in uno stato di deficienza funzionale, trascorsa fin'allora latente nelle ordinarie condizioni di vita.

Coll' atto del parto, con che noi otteniamo, come per mezzo d' un generoso salasso, lo scaricarsi abbondante di principî tossici diversi sopratutto d'origine fetale, cui s'aggiunge lo scomparire di disturbi meccanici diversi molestissimi, l'organo epatico, che anche nelle condizioni più normali durante l'ultimo mese di gestazione, s'era reso torpido al continuo e spossante iperlavoro, giacchè s'era raggiunto il punto di completa saturazione per rispetto ai poteri funzionali di cui era capace la cellula epatica, va ripristinando la sua funzione; come lo dimostra il costante abbassarsi dei valori percento dell'Azoto colloidale ottenuti subito nei primissimi giorni dopo il parto.

Condizioni queste che durano pochissimo, giacchè già nel terzo, quarto giorno di puerperio noi riscontriamo che il per cento di Azoto colloidale aumenta nuovamente a toccar valori, quali avevamo ottenuto negli ultimi giorni di gravidanza ed anche talora maggiori. Il che vuol dire che, per l'alterato e pervertito ricambio durante il puerperio, ed i tossici diversi e di diversa origine, e le speciali funzioni caratteristiche, di cui importantissima la lattazione, le quali grave contraccolpo fanno risentire su tutta l'intera compage organica, il fegato e di converso tutto il sistema antitossico dell' organismo, costretto ancora ad un iperlavoro non esiguo, nel mentre si trova estenuato, oltremodo spossato per il lungo e diuturno aumento di funzione durante tutta la gravidanza, cade in uno stato di deficienza funzionale fino a raggiungere un vero grado di insufficienza, quale ancora non si era avuta durante la gestazione. Grado maggiore o minore di insufficienza funzionale, il quale è in stretto rapporto col modo di comportarsi della funzione epatica durante il periodo di gestazione. Nelle donne che allattano, nel mentre il grado di lesa funzione epatica è più cospicuo che non sia nelle donne che non allattano, ha tendenza a mantenersi quasi immutato per tutte le rimanenti giornate di puerperio, in cui mi fu dato condurre mie ricerche; al contrario delle donne che non allattano, ove, negli ultimi giorni di puerperio (10.ª e 12.ª giornata di puerperio), si incomincia a notare un tentativo al ripristinarsi della funzione epatica alla norma, svelatoci dalla tendenza alla diminuzione nei valori dell'Azoto colloidale. Questo tentativo è meno sentito o non si accenna neppure in quelle donne che, pur non allattando, possedevano un fegato in condizioni di somma fiacchezza, in condizioni latenti di minorata resistenza.

*
* *

Per quanto riguarda lo stato della funzionalità epatica durante tutto il periodo puerperale, in gravidanze complicate da infermità che, come la sifilide, la tubercolosi, l'insufficienza cardiaca cronica, fanno risentire una spiccata azione deleteria sulla cellula epatica tale da determinarne per se sole insufficienza funzionale (Rebaudi, Barlocco), diremo che, col dosaggio dell'Azoto colloidale, si riscontra un evidente grado di lesa funzionalità epatica, che presenta, durante il decorso di gestazione, i periodi di crisi fisiologiche, il travaglio di parto ed il puerperio successivo, le linee generali di comportamento dettate per la gravidanza normale, e che riassumeremo in brevi detti per non ripeterci maggiormente. Lo stato di insufficienza funzionale del fegato già spiccato nel secondo e terzo mese di gravidanza, si attenua entro limiti modesti nel quarto, quinto, sesto, settimo, ottavo mese, per poi farsi più cospicuo nel nono mese a raggiungere un maximum nei giorni subito antecedenti al parto. Espletato il parto, si ha un passeggiero tentativo di ripristinamento alla norma, cui subentra un più cospicuo stato di insufficienza funzionale, che perdura pressochè invariato per tutto il periodo di puerperio in cui mi fu dato esperimentare. Periodi di cospicuo rincrudire dello stato di insufficienza epatica si hanno in corrispondenza delle crisi fisiologiche durante la gravidanza.

Nell'inferma tubercolosa N.⁰ 3, gravida al quinto mese, in cui si erano ottenuti per l'Azoto colloidale valori del 4-4,5 °/₀, il reperto necroscopico ha dimostrato una spiccata degenerazione grassa del fegato.

*
* *

Riassumendo in poche parole quanto è risultato da mie esperienze dirò:

Durante la gravidanza il fegato è costretto per le mutate condizioni organiche ad un maggior lavoro, cui negli organismi normali sopperisce totalmente, in un primo tempo coll'utilizzazione delle energie di riserva di cui è abbondantemente fornito, in un secondo tempo coll'ipertrofia funzionale di cui è capace.

Ciò sta a dire che negli organismi normali la gravidanza non induce mai insufficienza funzionale del fegato, tutt'al più si può ritenere esista, durante il secondo, terzo, e nono mese, specialmente nei suoi ultimi giorni, durante le crisi fisiologiche sopratutto del terzo, quarto ed ultimo mese, una deficienza funzionale epatica in potenziale per una saturazione funzionale relativa di ciascuna cellula epatica all'enorme e crescente lavoro, oltre i poteri funzionali, di cui essa in quel dato momento dispone.

Tutte le volte che noi, in una gravidanza non complicata da morbo alcuno, riscontriamo alcuno dei sintomi di insufficienza epatica, dobbiamo pensare al possibile esistere di lesioni latenti di

differente intensità a carico della cellula epatica, per condizioni varie ereditate od acquisite, come apparirà da un interrogatorio anamnestico accuratissimo. Lesioni latenti della cellula epatica trovano adunque nello stato gravidico la causa efficiente svelatrice di loro fino allora occulta e misconosciuta esistenza.

Un certo grado di insufficienza epatica, che sta in stretto rapporto colla gravità del morbo, coll'azione sua deleteria esplicantesi più direttamente sulla cellula epatica, si riscontra sempre nelle gravidanze complicate da malattie acute e croniche diverse.

Durante il puerperio noi riscontriamo costantemente, anche nelle gravidanze normali, un certo grado di insufficienza funzionale epatica, la quale trova la sua ragione di essere nello spossante diuturno iperlavoro di ben nove mesi di gravidanza e nel profondamente mutato e pervertito metabolismo organico di questo fortunoso periodo sessuale.

Ora, dappoichè il fegato fa parte integrale di tutto quel complesso sistema protettivo antitossico organico, costituito da altri importantissimi organi, dei quali taluno è provato esser maggiormente specializzato in una data funzione antitossica, a me sembra possa rapportarsi a tutto questo complesso sistema, considerato come ente unico, le conclusioni, cui per il fegato dalle nostre esperienze si è potuto addivenire.

Partendo dal concetto che nella gravidanza si ha un aumento enorme di tossici, i quali però vengono completamente smaltiti in vario modo da questo sistema antitossico, che nei suoi varî organi seguirebbe per sopperire all'iperlavoro la stessa via tracciata per il fegato, in primo tempo colla utilizzazione di energie antitossiche latenti e poi con un'ipertrofia funzionale, possiamo ritenere che l'organismo della gravida normale non si trovi mai in uno stato vero e proprio di intossicazione gravidica anche alle sue primissime, minime manifestazioni, ma piuttosto durante alcuni periodi (secondo, terzo, e nono mese di gravidanza ed in corrispondenza delle crisi fisiologiche), si trovi in uno stato di preintossicazione, di intossicazione gravidica in potenziale da completa saturazione funzionale dell'elemento nobile antitossico.

Tutte le volte che in una gravidanza, non complicata da infermità alcuna, assistiamo alla comparsa di fenomeni da intossicazione gravidica, dobbiamo sempre pensare alla possibile misconosciuta esistenza di lesioni latenti di maggiore o minore intensità, generalizzate a tutto il sistema antitossico organico, oppure più strettamente a carico di questo o di quell'organo a differenziata azione antitossica. A quest'ultima evenienza possiamo pensare, allorchè, nel quadro generale dell'intossicazione gravidica, riscontriamo tenere il campo un dato ordine di sintomi piuttosto che un altro da rapportarsi piuttosto a questo che a quell'organo antitossico.

La maggiore o minore gravità dei sintomi da intossicazione gravidica può porsi in diretto rapporto all'intensità, all'estensione, alla gravità delle lesioni latenti a carico di tutti in genere od in

ispecial modo di uno degli organi facenti parte del sistema epuratore antitossico, senza però con questo voler togliere della importanza, che possono avere la natura la quantità, la tossicità maggiore o minore dei veleni gravidici.

Le condizioni speciali in cui si trova il fegato durante il puerperio, se si ritengono generalizzate a tutti gli altri organi antitossici dell'organismo, possono spiegarci con chiarezza il perchè dell'esplodere talora durante il puerperio di gravissimi disturbi da intossicazione gravidica.

***

Ho concluso dalle mie esperienze che il fegato in gravidanza, per sopperire al maggior lavoro cui gli compete, va incontro ad una ipertrofia funzionale, che basta nelle normali condizioni a far fronte in modo completo alle maggiori richieste, per modo che non si può parlare di insufficienza funzionale epatica durante la gravidanza normale.

Come si conciglia questa mia affermazione con quanto è detto da molti che il fegato in gravidanza è insufficiente?

Si afferma che il fegato in gravidanza è insufficiente basandosi su esperienze, le quali dimostrano che la funzione urogenetica e glicogenetica dell'organismo, durante questo periodo di vita sessuale, si esplicano insufficientemente: infatti il coefficiente urogenetico per i più appare diminuito in gravidanza, sebbene il Vecchi l'abbia riscontrato pressochè inalterato ed il Valdagni anzi esaltato; si nota, specialmente verso il termine di gestazione, la presenza spontanea di zucchero nell'urine (Cristalli, Blot, ecc.), e la minima ingestione di sostanze zuccherine determina la comparsa di zucchero nell'urina. Ma ho detto a bella posta funzione urogenetica e glicogenetica dell'organismo e non del fegato, poichè è provato da omai numerose ed accurate esperienze, che, sebbene il fegato sia il più grande focolaio dell'organismo per la produzione dell'urea e del glicogene, non ne è però l'unico ed esclusivo produttore; giacchè tutti gli altri tessuti dell'economia, i muscoli specialmente, hanno queste consimili azioni, che all'occorrenza possono anche esaltare in alto grado. Se dunque il potere urogenetico e glicogenetico dell'organismo è diminuito dobbiamo ricercarne la ragione nel rallentato metabolismo organico, quale appunto è dimostrato aversi nella gravida; donde ne viene che più lento è lo scambio e la scomposizione degli idrocarburi, più lenta ed incompleta è la scomposizione della molecola albuminoidea.

Affermazione questa che se può valere per le conclusioni, cui si volle arrivare per mezzo della prova della glicosuria alimentare condotta col glucosio, perde della sua importanza, se ci facciamo a considerare i risultati ottenuti dallo Schroeder, conducendo la prova della glicosuria alimentare in donne gravide col levulosio; zucchero questo che, come dimostrano le esperienze di Sachs,

Strauss, Sehrt, Rebaudi, ecc., è esclusivamente ed elettivamente scomposto dalla cellula epatica.

Parrebbe adunque che un certo grado di insufficienza glicogenetica da rapportarsi esclusivamente al fegato, riscontrabile colla prova della levulosuria alimentare, venga a dar ragione a quanti ritengono il fegato funzionalmente insufficiente in gravidanza. Il che non può essere, se degni di fede debbono ritenersi i reperti di accurati esperimentatori, che studiarono in vitro il comportamento della funzione glicogenetica e del contenuto in glicogene della cellula epatica durante la gravidanza. Charrin e Guillemonat, Burlando, Valdagni, Opocher riscontrarono, che durante la gravidanza è aumentato notevolmente il potere glicogenetico del fegato e glicogene in gran quantità si accumula entro la cellula epatica sino a raggiungere un maximum a termine di gestazione. Se durante la gravidanza viene ad aumentare grado grado progressivamente il potere glicogenetico del tessuto epatico è assurdo ritenere, come vogliono molti, che il diminuire graduale della quantità di levulosio utilizzabile, mano mano si progredisce nella gestazione, stia ad indicarci un certo grado di insufficienza glicogenetica del fegato.

Allorchè in un organismo, che possegga un fegato di cui si sappia notevolmente aumentato il potere glicogenetico, noi introduciamo una certa quantità di levulosio e ne ricerchiamo la comparsa nell' urina, non misuriamo la potenzialità funzionale glicogenetica, che esplica quell'organo in quel dato momento di vita e se essa è insufficiente in qualche grado ai bisogni dell'organismo, ma misuriamo, dalla maggiore o minore quantità di levulosio eliminato, quanto ancora di energie glicogenetiche, in più di quelle utilizzate in quel dato momento vitale, esistono nel fegato. Con questo metodo, allorquando porzione sola del levulosio introdotto è eliminata, noi riusciamo solamente a misurare (il che clinicamente è pur sempre di somma importanza) quanto ancora di energie glicogenetiche sopravanza al fegato, di quale sforzo glicogenetico sarebbe capace la cellula epatica, mettendoci in guardia dell'avvicinarsi più o meno lontano dell' insufficienza di sua funzione glicogenetica, che per la sinergia delle diverse e svariate funzioni epatiche, può farci fede della probabile entrata in campo d'una insufficienza antitossica epatica, certo più temuta per l'organismo della gravida.

Nella gravida noi abbiamo il fegato munito di maggiori poteri glicogenetici, vuol dire che la levulosuria alimentare, se pure positiva, ci starà a dimostrare, che in quel dato periodo della gravidanza piuttosto che in quell'altro, la cellula epatica, fornita di maggiore attività glicogenetica, ha utilizzato in maggiore o minore copia quelle energie di cui è munito in sovrabbondanza ogni tessuto organico.

Così giustamente interpretati i reperti della levulosuria alimentare durante la gravidanza, appariranno razionali e perfettamente giustificate e per nulla contradditorie, le conclusioni cui io arrivai colle mie ricerche.

La funzione epatica glicogenetica durante la gravidanza normale si mantiene sempre sufficiente nel modo più completo. Per sinergia di funzione lo stesso dobbiamo ritenere avvenga per la funzione antitossica epatica durante la gravidanza: fatto del resto comprovato dalle esperienze di Roger, Bouchard, Colla, D'Amato, dalle quali risulta che l'azione protettrice antitossica del fegato varia parallelamente al contenuto suo in glicogene.

Ora se nella gravidanza normale il fegato mostrasi sempre in modo completo sufficiente alla sua funzione antitossica, pur essendo enormemente aumentati i veleni che ad esso arrivano, vorrà dire che la cellula epatica deve esaltare in modo consentaneo e perfettamente rapportabile le proprie funzioni, sopperendo in primo tempo collo svolgere ed utilizzare le energie latenti di difesa di cui è capace, poi coll'ipertrofia graduale e progressiva di sua funzione.

Che ipertrofia funzionale del fegato esista in gravidanza risulta provato da queste mie ricerche e da probativi reperti anatomo-patologici del Valdagni, che ha riscontrato aumento di peso del fegato nelle cavie durante la gravidanza, e del Guglielmi, che esperimentando sui conigli, ha riscontrato aumento di peso e di volume del fegato ed ingrandimento ipertrofico delle singole cellule epatiche, le quali si caricano di numerosi granuli di grasso, specialmente più numerosi durante l'ultimo mese di gravidanza: grasso, che d'accordo col Guglielmi, sarei propenso a ritenere il prodotto di un'iperfunzione steatogena della cellula epatica, alla quale, come pure afferma il Lustig, spetta, benchè non esclusivamente, la funzione di fabbricare il grasso dell'organismo.

Ciò posto, un altro fatto più sopra accennato nelle mie conclusioni mi si delucida maggiormente.

Durante l' ultimo mese di gravidanza ho detto che il fegato, pur essendo ipertrofico, mostra una tendenza, più manifesta, quanto più ci avviciniamo al periodo di sopraparto, a farsi deficiente nelle sue funzioni, quasi per una raggiunta saturazione funzionale. Può darsi che, a raggiungere il punto di saturazione funzionale, contribuiscano gli stessi prodotti di sua funzione: il glicogene ed il grasso (Guglielmi) che, accumulandosi durante questo periodo in grande quantità entro la cellula epatica, ne impediscono un suo ulteriore ipertrofizzarsi, limitandone sino ad un certo punto le sue attività vitali.

Genova, *Settembre 1907*.

BIBLIOGRAFIA.

ALBERTONI — *Sulla funzione protettiva del fegato.* — (Rivista sintetica - Policlinico 1890).
BAR MENÙ ET MERCIER — *Faits pour servir à l'étude de la perméabilité rénale au bleu de méthylène a la fin de la grossesse dans l'albuminurie gravidique et dans l'éclampsie.* — (Bull. de la Soc. d'Obst. deParis - Séance du 9 Mars 1898).
BARLOCCO — *Ricerche sulla funzionalità epatica in alcuni avvelenamenti.* — (Il Policlinico, Sez. Medica. Anno 1906 - Fasc. 8).
BENTIVEGNA — *Sindrome urologica dell'insufficienza epatica nella gravidanza.* — (Lucina Sicula - 1903).
BENTIVEGNA — *Eclampsia ed autointossicazione gravidica.* — (Lucina Sicula - 1903).
BENTIVEGNA — *Contributo alla fisiopatologia della milza.* — (Lo Sperimentale - 1900 - Fasc. 4.°).
BERTINO — *La permeabilità renale al bleu di metilene nello stato puerperale fisiologico.* — (Arch. di Ost. e Gin. N. 9 - 1900).
BONI — *Alcune ricerche chimiche sulle urine delle donne nello stato puerperale.* — (Rass. di Ost. e Gin. - 1904 - N. 2, 3, 4 e 6).
BONI — *I corpi purinici nelle urine delle gravide e delle puerpere.* — (Ann. di di Ost. e Gin. - 1906 - N. 1 - pag. 48).
BOUFFE DE SAINT BLAISE — *Les autointoxications de la grossesse.* — (Ann. de Gyn. et d'Obst. - 1898).
BOSSI — *Sulla fisiologia e sulla patologia della gravidanza nei periodi corrispondenti ai periodi mestruali.* — (Ann. di Ost. e Gin. - N. 5 - 1899).
BOSSI — *A proposito dei rapporti fra ovulazione e mestruazione.* — (Boll. R. Acc. di Genova - 13 Luglio 1896).
BOUCHARD — *Leçon sur les autointoxications dans le maladies.* — (Paris - 1887).
BROCARD — *La glycosurie de la grossesse, ecc.* — (Thése de Paris - 1898).
BUCURA — *Tessuto cromaffino e cellule ganglionari nelle ovaie.* — (Wiener Klin. Woch. - 6 Giugno 1907).
BURLANDO — *Sul modo di comportarsi del glicogene epatico durante la gravidanza.* — (Arch. Ital. di Ost. e Gin. - N. 4 - 1903).
CHAMBRELENT ET DUMONT — *Toxicité de l'urine dans les dernieres mois de la grossesse.* — (C. R. de la Soc. de Biol et Phys. - 1892 - Séance - 25 Fevrier).
CHARRIN ET GUILLEMONAT — *Physiologie et pathologie de la grossesse.* — (Soc. de Biol. - 1899).
CHARRIN ET GUILLEMONAT — *Le glycogène hépatique pendant lo grossesse.* — (Soc. de Biol. - 1900 - Séance 3 Marzo).
CIGHERI — *Dell'ipofisi umana in gravidanza.* — (La Ginecologia - Anno III - 1906 - Fasc. 19).
CIMORONI — *Sull'ipertrofia dell'ipofisi cerebrale negli animali stiroidati.* — (Lo Sperimentale - Fasc. I, II - A. LXI - 1907).
COLASANTI — *La funzione proteltrice del fegato.* — (Boll. della R. Acc. Med. di Roma XXII - Fasc. 5-6 - Arch. Ital. di Biol. XXV).
COLLA — *Il modo di comportarsi del glicogene epatico e muscolare in alcune infezioni sperimentali.* — (Arch. per le Sc. Med. XX - N. 4 - Arch. It. di Biol. XXV).
COLRAT — Lyon Médical - 1575.

CRISTALLI — *Ricerche sulla presenza dello zucchero nell'urine delle donne gravide e puerpere.* — (Napoli - 1900).
CRISTALLI — *Brevi considerazioni a proposito dell'autointossicazioni gravidiche.* — (Arch. di Ost. e Gin. - 1902).
D'AMATO — *Sull'importanza del glicogene epatico nell'azione protettrice del fegato contro l'infezione carbonchiosa.* — (Policlinico - 1898).
DE MALDÈ — *Osservazioni e ricerche sul sistema dirigente in gravidanza special. in rapporto al vomito incoercibile.* — (Comunic. all'As . Med. Varesina - Varese, 1902).
DE PAOLI — *Studio clinico e sperimentale sulle crisi periodiche mensili della gravidanza.* — (Arch. di Ost. e Gin. - Anno X - N. 1 - 1903).
D'ERCHIA — *Contributo allo studio patogenetico dell'eclampsia puerperale.* — (Arch. Ital. di Gin. - Anno X - N. 5 - 1907).
DE SINETY — *De l'état du foie chez la femelle en lactation.* — (Thése de Paris).
DE SINETY — Compt. Ren. de la Soc. de Biol. - 1872.
FERRARI — *Contributo allo studio della fisiologia della cellula epatica.* — (Rivista Medica - 1897).
FERRARI — *Contributo allo studio dell'urobilinuria e stercobilinuria in ostetricia.* — (Rend. della Soc. Med. Chir. di Parma - Febbraio 1901).
GUGLIELMI — *Su alcune modificazioni del fegato in gravidanza.* — (Ann. di di Ost. e Gin. - 1906 - N. 11 - Novembre - Pag. 468).
HELOUIN — *Contribution à l'étude du diagnostic de l'hepato-toxhémie gravidique.* — (Thése - 1899).
KELLER -- *La nutrition dans l'état puerpéral.* — (Ann. de Gyn et d'Obst. - 1901).
LABADIE-LEGRAVE ET BOIX ET NOÉ — *Rech. sur la toxicilé urinaire chez la femme enceinte.* — (Arch. gén. de Méd. - Mai 1899 - pag. 613).
LAULANIÈ ET CHAMBRELENT — *Recherches expérim. sur la toxicité de l'urine pendant la grossesse.* — (Ann. di Gyn. et d'Obst. - 1890).
LEON LEDUC — *Rech. sur les sucres urinaires physiologique des femmes en état gravido-puerpéral.* — (Thése de Paris - 1898).
LEON LEDUC — *Les sucres urinaires des femmes en état gravido-puerpéral.* — (Bull. Méd. - 23 Nov. 1898).
LISCIA E PASSIGLI — *Contribuţo allo studio delle modificazioni gravidiche urinarie.* — (Ann. di Ost. e Gin. - 1897).
LUCIANI — *Fisiologia dell'uomo.* — Milano - 1901.
LUSTIG — *Patologia generale.* — Milano - 1902.
MANCINI — *Su un nuovo segno per la diagnosi di insufficienza epatica (Contributo allo studio dell'Azoto colloidale nell'urine normali e patologiche).* (Arch. di farm. sperim. e scienze affini - Ann. V - 1906 - Fasc. IX).
MARIANI -- *Ricerche sull'ammoniuria nello stato puerperale.* — (Rassegna di di Ost. e Gin. - 1906 - N. 5).
MERLETTI — *Urobilinuria gravidica ed aumento, ecc.* — (Ann. di Ost. e Gin. - N. 4 - 1902).
MERLETTI — *Sulle autointossicazioni gravidiche.* — (Morgagni - 1897).
MIOTTI — *Contributo allo studio istologico del fegato durante la gravidanza.* — (Ann. di Ost. e Gin. - 1900).
OLIVE — *De l'indicanurie en général et particulièrement dans la grossesse et la puerpéralité.* — (Thése de Paris - 1899).
OPOCHER — *Il glicogene contenuto nel fegato materno in gravidanza ed in puerperio, nella placenta e nel fegato fetale.* — (Ann. di Ost. e Gin. - Marzo 1907 - N. 3 - Pag. 295).
PEPERE — *Le paratiroidi nella gravidanza e nelle malattie convulsivanti.* — (Arch. Ital. di Gin. - N. 1 - Anno X - 1907).
PESTALOZZA — *Sul moderno concetto e cura dell'eclampsia puerperale.* — (La sett. med. dello sperimentale - 1896-97).
PESTALOZZA — *Deportazione dei villi coriali.* — (La Ginecologia - Anno I - 1904 - Fasc. 2).
PETRONE — *La funzione protettrice del fegato contro le intossicazioni intestinali.* — (XI Congr. med. inter. - Vol. III).

PINZANI — *Eliminazione dell'ac. solforico per le urine nella gravidanza e nel puerperio.* — Ann. di chimica e farm. · 1893).

POTOKI — *Sur la perméabilité rénale chez les eclamptiques.* — (Bulletin médical - 1898 - p. 105).

QUEIROLO — *Sulla funzione protettrice del fegato contro le intossicazioni intestinali.* — (XI Congr. med. inter. - Vol. III).

RABAIOLI — *Del significato clinico dell'indacanuria nelle affezioni del fegato.* — (Policlinico - Dicembre 1900).

REBAUDI — *La levulosuria alimentare nelle malattie infettive.* — (La Clinica Med. Ital. - N. 11 - Anno 1905).

REBAUDI — *Le piastrine del sangue durante la gravidanza, il parto, il puerperio, ecc.* — (Arch. Ital. di Gin. - Luglio 1907).

ROGER — *Les intoxications.* — Paris - 1895.

ROGER — *Contribution à l'étude des glycosuries d'origine hepatiques.* — (Revue de méd. - 1896).

ROGER — *De l'action protectrice du foie.* — (Soc. de Biol. - 1898).

ROGER — *Action du foie sur les microbes.* — (Soc. de Biol. 1898).

ROGER — *Les organes protecteurs contre les infections.* — (Presse médic. - 1898).

ROGER — *Du rôle du foie dans les infections.* — (Presse méd. - 1898).

ROGER — *Action du foie sur les poissons.* — (Thése de Paris - 1887).

ROGER ET GARNIER — *Influence du jeûne et de l'alimentation sur le rôle protecteur du foie.* — (Soc. de Biol. . 1899 · Vol. 25).

SACHS — *Ueber der verhalten der Glykogenbildung ausserhal der Leber nach Lävulose.* — (Zeitsch. f. Klin. Med. · 1900 · N. 41).

SACHS — *Ueber der Bedeutung der Leber für die Verwerthung der verschiedenen Zuckerarten in Organismus.* — (Zeitsch. f. Klin. Med. · 1899 · Vol. 38).

SALKOWSKI — *Zur Kenntnis der alkoholunlöslichen bzw. Kolloidalen Stickstoffsubstanzen im Harn.* — (Berl. Klin. Woch. · 1905 · N. 51-52).

SCHROEDER — *Sulla levulosuria alimentare in gravidanza.* — (Zeitsch. f. Geb. und. Gyn. · 1905 - Bd. 56).

SEHRT — *Zur Frage der Hepatogene Laevulosurie.* — (Zeitsch. f. Klin. Med. - 1905 · V. 56).

STELLA — *Crisi periodiche mensili della gravidanza.* — (Arch. di Ost. e Gin. · N. 12 · 1901 - N. 1 - 1902).

STRAUSS — *Ueber den Einfluss der verschiedenen Zuckerarten beim Menschen.* — (Berl. Klin. Woch. - 1898).

STRAUSS — *Zur Funktionsprüfung der Leber.* — (Deut. Med. Woch · 1901).

TARNIER — *Notes sur l'état graisseux du foie dans la fievre puerperale.* — (Soc. de Biol. - 1857 - Thése inaugurale · 1857).

VALDAGNI — *Rapporti del fegato coll'apparato sessuale femminile durante la gravidanza.* — (Novara · 1903 · Tip. Gaddi).

VECCHI — *Contributo alla conoscenza della funzionalità epatica nella gravid. normale.* — (La Rassegna d'Ost. e Gin. - 1903 - p. 418-449-519).

VIOLA — *La funzione antitossica del fegato durante la gravidanza.* — (Lo sperimentale · N. 5 - 1901).

VITRY — *La resistence de la nourice aux maladies.* — (Thése de Paris - 1905).

ZAGARI — *Sulla funzione antitossica protettrice del fegato.* — (Giorn. inter. della Soc. Med. - 1894).

ZAGARI — *Sulla funzione antitossica ed antisettica del fegato.* — (Atti dell'XI Congr. Med. Intern. · Vol. III, Med. Interna - Pag. 67).

RECENSIONI

Runge. — **Nuovi metodi di cura in ginecologia** — Bollettino delle Cliniche — Marzo 1908, N. 3.

Fra i nuovi metodi di cura usati in ginecologia in questa rivista sintetica è fatto rapido cenno della cosidetta *cura del carico*. Questa cura consiste nel porre in permanenza sul quadrante inferiore dell'addome dei sacchetti più o meno grossi ripieni di sabbia, di pallini da caccia, ecc. che possono essere all'occorrenza riscaldati, associando quindi alla cura del carico quella del caldo secco. E fin qui nulla di nuovo e di interessante che meriti la speciale nostra attenzione.

Il carico può applicarsi invece *per vaginam*, ed allora disposta la paziente sopra una sedia a sdraio col bacino leggermente rilevato, si introduce in vagina un colpeurynter di Braun vuoto, che, per mezzo di un imbuto di vetro, si riempie poi con mercurio, occludendone il tubo con una morsetta a molla. Il mercurio per il proprio peso cade in basso nella parte piu declive della vagina, che è appunto il fornice posteriore, ove esercita quindi una pressione costante, continua. Utilissimo si dovrà dimostrare tale metodo di cura nei processi che hanno sede nel cavo del Douglas.

Ed infatti è stato usato con successo per ridurre il corpo dell' utero situato in retroversoflessione; è stato provato che in 6-8 settimane si riesce in tal modo a liberare il corpo dell'utero da eventuali aderenze che lo tenevano fissato entro il Douglas; in poche sedute si raddrizza un utero gravido retroverso; si riesce a determinare il riassorbimento di essudati, di residui di antiche raccolte entro il cavo del Douglas: e questo blandamente, senza alcun trauma, alcuna aggressività, non sempre innocua, anzi talora seguita da gravissime conseguenze.

Rebaudi

W. Schattmann. — **Zur Saugbehandlung der Cervixgonorrhoe.** (*Trattamento della blenorragia del collo uterino coll'aspirazione*) — Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1907, Bd. 88, p. 105.

Nel trattamento della blenorragia del collo uterino l'A. ha utilizzato la stasi alla Bier, servendosi di uno speculo di vetro, entro cui si fa l'aspirazione per mezzo d'un pallone di cauteiù. Ciascuna seduta deve aver la durata di tre quarti d'ora, alternando cinque minuti di applicazione con cinque di riposo.

Questo metodo di cura non ha mai arrecato alcuno speciale disturbo all' inferme, che possono attendere alle loro ordinarie occupazioni; utilissimo si è addimostrato associandolo al trattamento col protargolo. Se utili risultati può arrecare, per se solo non può ritenersi sufficiente a dare una guarigione completa.

Rebaudi

M. Hohlfeld. — **Ueber die Bedeutung des Colostrums** — (*Intorno alla natura del colostro*) — Arch. für Kinderheilk., 1907.

L'A. in questa sua memoria studia in una prima parte i rapporti che intercedono fra il colostro e la secrezione lattea, in una seconda considera il colostro quale alimento.

A proposito del primo quesito le ricerche sue condotte sulle cavie dimostrano che corpuscoli di colostro si riscontrano nella secrezione mammaria non solo all'inizio suo, ma anche allorchè viene ad esaurirsi spontaneamente, oppure s'inter-

rompe la lattazione: in tal caso il numero loro, dopo esser diminuito, di nuovo aumenta se i piccoli non sono slattati. Prima e contemporaneamente ai corpuscoli di colostro si riscontrano invariabilmente delle cellule, che hanno l'aspetto di globuli bianchi polinucleari con granulazioni eosinofile, e qualche mononucleare rivestente caratteri di linfocito.

A proposito del secondo quesito le ricerche condotte sulle capre, sui cani, sulle cavie, alcune alimentate con colostro, altre con latte, hanno dimostrato un potere nutritivo più elevato a carico del colostro in confronto del latte, probabilmente dovuto al fatto che il colostro è molto più ricco in albumina ed in grasso del latte.

Rebandi

N. B. SHEFFIELD. — **Vulvovaginitis in children with especial reference to the gonorrheal variety and its complications** — Medical record, 11 Maggio 1907.

La causa efficiente della vulvovaginite infantile è molto controversa: alcuni autori fanno le principali accuse al gonococco, altri alla diatesi scrofolosa. L'A. propone la seguente classificazione:

1.° Catarro vulvovaginale dovuto alla poca pulizia od a sostanze irritanti chimiche;

2.° Vulvovaginiti traumatiche, dovute alla masturbazione, a traumatismi diversi, a stupro;

3.° Vulvovaginiti parassitarie, che riconoscono la causa loro efficiente in oxiuri, in saprofiti, in bacteri patogeni, fra cui frequentissimo il gonococco.

Le complicazioni osservate nel bambino sono identiche a quelle che si avverano nell'adulto.

Rebaudi

H. LABBÈ et R. PEPIN. — **Recherches dans le lait des nourrices des substances considerérées comme indices de putréfaction intestinale (sulfo-éthers-phénols)** — Revue de Médicine, 1908, N. 5.

Riassumendo e concretando i resultati di loro ricerche gli AA. vengono alle seguenti conclusioni:

1. Anche nelle condizioni più normali esistono nel latte della donna dei composti solfo-eterei, in quantità oscillante da 2-4 centgr. per litro.

2. Detta quantità di composti solfo-eterei contenuti nel latte, appare, tanto in condizioni normali, quanto in stati patologici, proporzionale al tasso di indacano urinario.

3. In alcune circostanze non ancora bene studiate, ma che coincidono con l'aumento dei composti solfo-eterei del latte e dell'indacano urinario, il latto-siero contiene un pigmento anormale analogo al pigmento rosa dell'urine.

4, L'indigo, somministrato per le vie digestive, tanto allo stato insolubile, quanto solubile, pare non aumenti l'indacano urinario, e neppure si elimina col latte.

Questi fatti vengono a farci ritenere ammissibile la *funzione eliminatrice* della glandula mammaria. I composti solfo-eterei riscontrati nel latte, sia che stiano ad indicarci delle putrefazioni intestinali o semplicemente un prodotto di disassimilazione delle albumine ingerite, sono una prova irrefutabile, che la glandula mammaria nel suo periodo di attività concorre con altri organi dell'economia umana alla depurazione dell'organismo, e deve essere perciò ascritta fra gli emuntorî.

Rebaudi.

H. D. ROLLESTON. — **Congenital syphilitic obstruction of the common bile duct** — (*Ostruzione congenita del dutto coledoco d'origine sifilitica*) — The Brit. med. Iourn., 12 oct. 1907.

Si tratta di una bambina, figlia di genitori ambo sifilitici (i quali avevano avuto dal loro matrimonio un anno prima un prodotto prematuro morto) che nata a termine leggermente asfittica, presenta in settima giornata ittero, con feci verdi e fetide, cui subentrano nella terza settimana di vita feci sanguinolente, vomiti di latte rappreso, coriza. Vien condotta al *Victoria Hospital for Children*, ove si

riscontra trattarsi d'una bambina atresica, di colorito giallo, in stato comatoso, con ulcerazioni alla bocca, lingua secca, polso irregolare (76), respirazione frequente (40), ipotermia, ventre retratto, il fegato scende a due dita trasverse al disotto delle false coste, appare indurito. L'urina contiene pigmenti biliari e sangue.

Dodici ore dopo viene a morire ed all'autopsia si riscontra: fegato grosso (120 gr.), liscio, non duro, non cirrotico; la metà inferiore del dutto coledoco è completamente occlusa. All'esame microscopico si riscontra cirrosi epatica e pancreatica.

Lesioni queste di probabile origine sifilitica.

Rebaudi

R. Link: **Intorno ai rumori cardiaci anorganici nelle donne gravide** — Münch. mediz. Wochen., N.° 15 - 1908.

L'A. ritorna sull'interessantissimo argomento dei rumori cardiaci anorganici od anemici nelle donne gravide, che debbono esser nettamente differenziati dai soffi organici, giacchè disparatissima è la prognosi della gravidanza e del puerperio. disparatissima ne è la terapia. Su 330 gravide esaminate in 41, ossia nel 12.4 °/₀ dei casi, l'A. potè rilevare alla base del cuore, nel secondo spazio intercostale sinistro un rumore cardiaco a carattere anorganico. 29 di queste inferme furono seguite durante il puerperio, e si notò che in 26 il rumore cardiaco scomparve, solo in 3 continuò a percepirsi.

È probabile che questi rumori anorganici durante la gestazione siano dovuti ad alterazioni nella composizione del sangue e ad uno spostamento nella posizione del cuore, che specialmente a gestazione avanzata si trova spinto in avanti a pigliare quasi una posizione orizzontale.

Utilissimo è dunque richiamare l'attenzione del pratico e del clinico su questa non rara evenienza che può riscontrarsi in gravidanza, e potrebbe condurre chi non troppo oculato ad errori irreparabili.

Rebaudi.

H. Fehling: **Die operative Gebustshilfe der Praxis und Klinik** — J. F. Bergmann, Wiesbaden - 1908.

La brevità, la chiarezza, la semplicità nella esposizione sono precipue doti di questo aureo manuale, ove sono egregiamente trattati tutti gli argomenti relativi all'ostetricia operativa, quale può occorrere al medico pratico e quale può presentarsi in un ambiente ospitaliero. Sono 190 pagine di testo, ed in questo stretto spazio l'A. ha trovato modo di svolgere con mano maestra, con quella intuizione clinica, con quell'acume critico e con quella parsimonia sapiente, solo superna dote dei grandi maestri, tutti senza alcuna eccezione gli argomenti che rientrano in questo campo della specialità ostetrica.

L'opera è divisa in tre parti, cui precede quale introduzione un capitolo ove si parla in brevi cenni della disinfezione, dell'istrumentario e della narcosi ostetrica, e cui fanno seguito come appendice due lezioni, ove si pigliano in considerazione le diverse svariate forme di viziature pelviche, sviluppando bellamente le conseguenze che portano sulla gravidanza, sull'andamento del parto, ed i diversi trattamenti del caso.

Nella prima parte composta di sette lezioni tratta degli interventi operativi atti all'estrazione del feto e degli annessi, praticabili al medico pratico; nella seconda parte, costituita di tre lezioni, discorre degli interventi coadiuvanti il parto; nella terza ed ultima parte, composta di sette lezioni, sviluppa tutti gli interventi operativi non facilmente praticabili dal medico pratico a domicilio dell'inferma, quali il taglio cesareo addominale, il taglio cesareo vaginale, la sinfisiotomia, la pubiotomia, ecc.

La veste tipografica è elegantissima; l'opera è munita di 77 nitide illustrazioni.

Rebaudi.

PARTE II.

PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

ASSISTENZA DELLA PRIMA INFANZIA

Rapporto al I° Congresso Nazionale di attività pratica femminile

(Milano, 24-28 maggio 1908)

PER LA DOTT. PROF.

LINITA BERETTA

Cura mala ab imis; dalle radici combatti il malanno; vuoi l'uomo forte e la Società sana? coltiva il corpicino e le prime tendenze del bimbo; l'avvenire geme nelle culle; i futuri dolori, le future miserie piange l'inconscio esserino; ma più inconsci di lui, più velati delle sue pupille, dacchè è mondo, sono inconsci i suoi generatori, sono velati gli occhi adulti. Baci e tenere lacrime sulle gote neonate, da poi che rota l'orbe nelle vertigini degli spazii, sono state versate a ricoprirne la terra, a risommergerne i continenti; — ma a vera protezione della infanzia, a sicuro provvedimento della perenne salute e del perenne sorriso dell'uman genere svolgentesi, a previdente conquista della felicità dei cuori che hanno ritmicamente pulsato coi cuori creatori, — che è stato di grande, di serio, di efficace composto fin'ora?

L'arte di allevare i pargoli è ancora una scienza, anzichè una conoscenza; un'intellettualità, anzichè una pratica; che strano ed innaturale fenomeno se pensiamo che è da tutti il costituirli! Sembra che l'igiene, accanto alle esistenze appena dischiuse, bamboleggi anch'essa; le madri ignorano la loro funzione ed i loro doveri; le popolazioni continuano inesperte il trattamento dei loro minuscoli, come di fronte sempre a sorpresa; attorno alla *piccola vita nova* troppo spesso una maraviglia esente da preoccupazioni, ch'è sempre la favilla selvaggia della civiltà nostra!

Piccola vita nova! sintesi d'ogni cosa, incomparabilmente più fondamentale del volume tetragonale del Vico, le speranze, le albe nuove, il risorgere inesauribile in più!

Piccola vita nova! critica di tutte le filosofie, smentita di tutti i sistemi, anima dell'avvenire incontenuta dalle leggi, implorazione ed aspirazione di verità e di sapere, che accapparrino il benessere delle genti!

Soltanto da brevi anni l'uomo s'inizia a non vivere per sè solo, ma pei suoi e per gli altrui figli; le istituzioni a concepire la responsabilità

verso il bimbo; i governi a convergere l'attenzione sui problemi che riguardano l'infanzia sociale.

La Francia, — madre d'ogni modernità, nelle sue viscere di passione tanto nella rivoluzione che nell'amore, — è la prima nazione che porge ascolto al vagito e se ne prende a cuore il significato vero.

Al 2.° Congresso internazionale delle *gouttes de lait*, tenuto a Bruxelles dal 12 al 16 settembre 1907, l'ostetrico Maygrier, direttore della *Charité* di Parigi, poteva solennemente affermare che « *la France est le berceau d'origine des consultations de nourrissons et des gouttes de lait, et, bien que datant seulement d'une quinzaine d'années ces oeuvres ont donné tout de suite de si heureux résultats dans l'élévage des nourrissons, qu'elles se sont rapidement propagées à l'éxétrieur et que leur diffusion est en constante voie de progrès* ».

Il professor Hergott di Nancy precedette cronologicamente, ma Pierre Budin, maestro e antecessore del Maygrier, e Léon Dufour, medico in una cittadina normanna, furono gli apostoli della volgarizzazione del savio allevamento dei poppanti. I bambini della Repubblica trovarono nella fede e nella energia di costoro un gran fervore d'amore che doveva celermente comunicarsi alle classi dirigenti. Pure, questi procedevano ignorando gli sforzi loro, e mentre nel 1892 il Budin nella sua *Charité* inaugurava la prima *Consultation de nourrissons*, in base alla preziosa esperienza che la causa più frequente della mortalità infantile è insita negli incessanti errori dietetici e nei conseguenti nefasti disturbi gastro enterici, dovuti all'inettitudine ed ai pregiudizii delle nutrici, — nel 1894 il Dott. Dufour riusciva ad abbellire Fécamp di una sì graziosa e ben organizzata fondazione paidofila, che il poetico nome di *Goutte de lait*, con cui la battezzava, era destinato a ripercuotersi pel mondo intero con soave fortuna; da allora divenne il rugiadoso motto sotto cui si coltivano le più accarezzate fioriture dei bocciuoli umani.

Per preservare i piccini dalla diarrea micidiale bisogna essenzialmente favorire l'allattamento materno; questo è senza dubbio il miglior rimedio, lo scopo da perseguire senza disguidarsi mai. Per siffatta mira il Budin arse il fuoco del suo ingegno, consumando, durante gli ultimi quindici anni di sua vita, ogni forma di attività al fine di trascinare proseliti, di suscitare filantropi, di costringere amministrazioni e poteri a riconoscere il dovere nazionale di escogitare ogni mezzo, di incoraggiare ogni opera, che a far attingere la massima esplicazione dell'allattamento materno arrivino o contribuiscano.

Ecco l'ideale nella cui contemplazione si spegneva, il gennaio 1907, sul campo d'azione che lo aveva tanto attratto (era per la propugnazione del suo intento che si era recato a Marsiglia), il più sapiente amatore dei fanciullini della Senna.

Così lo spirito pubblico si famigliarizzava cogli obblighi sacrosanti ed intelligenti che incombono verso i bambini e colla necessità d'apprendere e di diffondere il loro saggio accudimento. Accanto a quel vivido focolare di scuola materna, che è l'ambulatorio della *Consultation de nourrissons* del Budin, ove convengono periodicamente i figli della clinica per essere regolarmente pesati e costantemente sorvegliati ed assistiti, sia dal

consiglio, sia dall' aiuto de' competenti, — assumono calore e pienezza di funzione antichi e nuovi istituti, intesi nel loro insieme a spalleggiare con vigoria, da ciascun lato, la riuscita della protezione puerile.

L'*Asile ouvrier* de l'avenue du Maines e l'*Asile dortoir Michelet*, eretti nel 1893 dalla Sig. ora Maria Lea Béquet di Vienne coll'ausilio del valoroso prof. Pinard e del Panbezieux per raccogliere le gravide avanzate che versano in indigenza, — *le Foyer Maternel* che le accetta anche ai primordii della gestazione, designandole col simbolo di un fiore per non avvilirle colla richiesta del loro passato, fosse pure del solo nome, — l'*Ospizio municipale Ledru-Rollin* e quello privato della *Société philantropique*, che ricoverano le povere che hanno figliato, — e, simpatiche e moderne in sommo grado, le *Mutualités maternelles*, associazioni di beneficenza e di previdenza ad un tempo, le quali alle proprie aderenti, che pagano una semplice quota annuale di tre lire, forniscono in occasione del parto, il sussidio di puerperio (dodici lire settimanali), per riposarsi insino al perfetto ristabilimento, ed il sussidio d'allattamento, per dedicarsi interamente alla prole, sotto la direzione di appositi uffici di consultazione, aperti nei varii rioni, — sono altrettanti logici complementi del grande ideale della tutela infantile.

È naturale che si ponderi l'importanza delle officine dell'infanzia e si cerchi di somministrare alle creaturine in formazione linfe, sangue e tranquillità, se si vuol badare sul serio al diretto vantaggio del neonato.

Quando vediamo i piccoli re della tenerezza affogati in una spuma di trine vigilati dal sorriso di un'incantevole mammina, pensiamo ai bimbi della plebe, pallidi e mesti, perchè i baci delle loro madri non hanno corallo, nè gioia sulle sciupate labbra!

La Francia, che divora le vie del progresso e della gentilezza sul dorso di un pegaso, già da tempo apponeva i bolli repubblicani alle leggi di filantropia statale.

Ce ne offre la primizia già dal 23 dicembre 1874 la *lois de Th. Roussel*, per la quale ogni madre che deliberi di collocare a nutrice il suo rampollo, è costretta a darne avviso alla municipalità, acchè e bimbo e balia subiscano la visita di uno speciale sanitario; la visita si ripete ogni mese, insino ai due anni per tutta la Francia, mediante l'intervento dei medici ispettori.

È presentemente allo studio la revisione di taluni articoli che saranno modificati in modo da tradurre in atto sempre più lo spirito del bellissimo provvedimento.

Il Consiglio Comunale di Parigi sovvenzionava dal fino 1880 la Béquet per la campagna sull'allattamento materno, e, ad incitamento del Senatore Paul Strauss, passa dal giugno 1894 soccorsi di gravidanza e d'allevamento.

Il 15 settembre 1887 Armand Fallières, ministro dell'interno, che doveva divenire Presidente della Repubblica, diramava in una circolare: *De toutes les oeuvres d'assistence médicale, l'institution des dispensaires est celle qui permet de faire le plus du bien au prix de la moindre dépense. Créer un dispensaire c'est faire bénéficier des milliers de pauvres d'une médication préventive, pronpte et rationelle, c'est faire l'économie de beaucoup de malades et de beaucoup de journées d'hôpital, c'est accroître ce capital de santé qui est un des principaux éléments de la richesse publique et de la force d'un pays.*

La *Caisse des écoles* risponde all'appello con i suoi *dispensaires pour bebès et enfants*, tra i quali è coscienzioso ricordare quello del *VII arrondissement* in rue Oudinot 1, un gioiello a cui il Dott. Bresset vota la sua finezza, e, pur troppo, la sua infelicità.

Ancora lo Strauss indirizza al Parlamento un progetto, perchè sulle spese dell'erario si carichino le partorienti bisognose.

Monsieur Mirmau, direttore dell'Assistenza e dell'igiene pubblica della capitale, va impiegando il suo zelo alla moltiplicazione delle consultazioni pei lattanti, col concetto che non vi sia quartiere o comune che ne siano sprovvisti.

Nel 1902 sotto l'egida dell'illustre triumvirato Roussel, Budin, Strauss si costituiva la mirabile *Lega contro la mortalità infantile*, dal programma (sono parole del Budin): *étudier partout le mal, faire connaître les diverses oeuvres qui s'occupent de protéger l'enfance, favoriser leur dévéloppement, obtenir qu'on les imite, grouper toutes les bonnes volontés.*

L'ottobre del 1905 a Parigi il Dott. Variot, il noto pediatra dell'*Hôpital des Enfants malades*, alla testa della *gouttes de lait* de Belleville, col Dott. Dufour di Fécamp, che già abbiamo ricordato, lanciata felicemente l'idea delle riunioni internazionali sull'argomento, accoglieva nel grande anfiteatro dell'istituto Pasteur il primo congresso delle *gouttes de lait*, indetto sotto le presidenze del ministro degli interni, Étienne, e del ministro delle finanze, Merlou; gli auspici dei personaggi, reggenti i due dicasteri, che avevano principale relazione colla questione, erano la più desiderabile guarentigia dell'ufficiale appoggio ai voti emessi: — che i poteri nazionali prendano le disposizioni tendenti a diminuire il numero delle madri non non atte all'allattamento; — che le *Gouttes de lait* abbiano una direzione medica e la massima propagazione, dietro l'incoraggiamento delle cariche pubbliche; — che il latte destinato ai poppanti sia sorvegliato con rigorosi controlli di legge in tutti i paesi, ravvalorando l'intento colla creazione di un'Unione internazionale; — che le autorità facilitino convenientemente la volgarizzazione dell'igiene infantile.

Aspirazioni stupende, che commuovono ogni cervello, le quali si sono comunicate anche ai fogli regolamentari. Dirò della piacevole sopresa in cui ci s'imbatte tra i *faubourgs*, leggendo sui muri delle case gli avvisi prefettizii intorno al modo di prevenire la diarrea estiva ed alle cautele che richiedono le epidemie infantili; v'è tale una chiarezza di particolari ed un'utilità di suggerimenti in quelle linee, che si gioisce della rispondenza delicata tra popolo e governo, tra l'anima raffinata e direzione avveduta.

Però la escogitazione capostipite, in favore della floridezza fanciullesca, risale al 14 novembre 1844, quando, nel centro del quartiere Chaillot, sorse per impulso di Firmiano Marbeau la prima *crèche*, per usare il vocabolo da lui scelto.

Nel 1846 si formò la *Société des crèches* ed il promotore Marbeau poteva spiegare nel discorso pronunciato il 25 febbraio 1847 a l'*hôtel de Ville de Paris* che: *la crèche est la charité préventive en action;* con decreto del 17 luglio 1869 era riconosciuta instituzione a vantaggio pubblico.

Oggi si contano 68 *crèches* nelle 20 sezioni di Parigi, 44 nel diparti-

mento della Senna, e 334 in Francia, Algeria e colonie; esse sono in parte private ed in parte municipali; ogni tre mesi esce un bollettino riferente le notizie che le riguardano.

Il concetto delle *crèches*, giova richiamarlo, è di importazione italiana, perchè, — nonostante lo dimentichino i suoi illustratori della competenza del Rizzi, del Poli, del Borgiotti e del Davenne, — esistevano già da varii anni in Italia gli equivalenti *presepii*, soltanto che in Francia l'idea salì in dignità fino a toccare il rigoglioso svolgimento igienico dei nuovi indirizzi del Budin.

È d'uopo visitare la *crèche Furtado Heine*, situata nella rue Jacquier, 7, per comprendere la leggiadria cui è arrivata questa fisonomia della beneficenza. I due milioni, elargiti da quel gentil core di donna israelita, ch'è Cecilia Furtado-Heine, hanno servito a fabbricare un autentico paradiso della puerizia; e non si è arrestata qui la generosa donatrice, che ha voluto legare un ingente capitale per assicurare la vitalità della linda palazzina dei bambini e del *dispensaire* omonimo, aperto a breve distanza, con tutti i rami di specialità ed i più ricchi impianti pediatrici.

Mi sono aggirata tra il nivore de' marmi, delle piastre e dei lucidi cementi, guidata dal garbo del Dott. Jean Laborde e della direttrice Madame Dauvergne, graziosamente fiera della coccarda d'*officier de l'Academie*, e mi parve di essere entrata nella porta spalancata di un sogno divenuto realtà; se una critica potevo muovere era nell'eleganza di ogni minuzia, che faceva dubitare un po' di sp rpero.

Vi sono accolti 100 bambini l'anno, dall'età di 15 giorni a 3 anni, senza distinzione di religione; condotti il mattino per lo più alle sei, sono ripresi dai genitori alle diciannove e mezzo; nessuno vi pernotta, la domenica rimangono presso i loro; le madri ricevono un opuscolo elementare di *Conseils pratiques*, orali raccomandazioni e bottigliette di latte sterilizzato, quando il bimbo ne ha bisogno fuori dello stabilimento; se questi al ritorno è sospettato ammalato è immediatamente respinto, sebbene non manchi la camera d'isolamento; è il medico che procede alla loro visita giornaliera, che disegna la curva del loro peso e che sovraintende al loro regime.

Gli abitucci di casa sono ripiegati in apposito cestello e sterilizzati in caldaia a vapore a 105° C., attendendo poi, nei casellami, di rimpannucciare i loro padroncini al momento dell'uscita.

Così spogli, i bambini sono deposti nei bagnuoli, di diversa grandezza a seconda dell'età, e rialzati all'altezza che torna comoda alle governanti; vi si intrattengono al tiepidetto coi pesciolini e le anitrine galleggianti, che sono state tuffate a loro trastullo nelle acque, medicate con amido o con sali. Uno spedito e delicato asciugamento, le frizioni al profumo di Colonia e le lingerie riscaldate compiono la reazione. Segue la vestizione con divise sterilizzate ed eguali, cilestrine pei maschietti, rosee per le femminuccie, segnate tuttavia in modo che ad ogni ragazzino tocchino sempre le stesse; ogni arnese di toeletta, del resto, è individuale, specialmente le spazzole e i pettini. Dopo, i minuscoli sono portati al dormitorio, nelle cui cune, oblunghe e azzurre, fisse su piedestallo, s'abbandonano al sonno; i più grandicelli passano nella sala dei giuochi e dei balocchi, chiusa,

per precauzione, da cancelletti, nel centro della quale s'accerchia a C la caratteristica *pouponnière*, ch'è una girata di panchine con alle spalle una *promenade* a palizzata cui s'aggrappano gli arditi che sfidano i primi slanci. Nella bella stagione sono liberati alle aure del giardino e riparati dal sole da una larga tettoia. Dalle 12 alle 14 scorron l'ore della siesta, anche per i più emancipati; e i loro lettucci, bassi, circondati d'alta sponda, non ne rendono pericolose le bizze ed i tentativi di fuga.

La madri in buona condizione di salute si recano a porgere il seno a mezzogiorno ed alle quindici; gli altri pasti, distanziati con ordine, sono preparati col solito sistema Soxhlet della *goutte de lait*, cioè col latte sterilizzato ed opportunamente diluito e zuccherato, conservato in apposite fiale ben tappate che fungono da *biberons* e contengono una ciocciata sola. Il sistema di pulitura delle bottigliette è modello, con apparati che le spazzolano internamente ed esternamente al bicarbonato di soda e forti pressioni di corrente bollente che le forbiscono.

Ciascun piccolino ha una tettarella propria, perennemente immersa nella soluzione borica; ed i nutriti già con pappe possiedono singoli cucchiai e scodellini.

Meritano menzione i gabinetti colla poltroncina, a bracciuoli legati, per evitare le cadute, e colle pareti forate da lunghi tubi di maiolica, onde far scendere le biancherie sudicie direttamente nelle vasche della sottostante lavanderia; vortici d'acqua ve li spingono. La liscivia si appronta quotidianamente, ma il gran bucato si fa una volta la settimana; gli essicatoi, gli stiratoi meccanici non posano mai; un ascensore manda su e giù la roba; l'energia elettrica è prodotta da una macchina a gaz; i termosifoni distribuiscono e mantengono per ogni dove la temperatura, regolata ed uniforme.

La *crèche* ha la sua ragione d'essere nelle zone industriali; esplica la missione di fornire alla operaia la maniera di continuare a guadagnarsi la vita col lavoro senza separarsi interamente dal suo figliuoletto, perdurando a prodigargli amore e cure nelle ore in cui le occupazioni non l'allontanano forzatamente da lui. Interpretata in questo senso, la *crèche* dovrebbe essere il vestibolo dell'opificio; vale a dire ogni opificio che impiega delle donne dovrebbe avere una stanza di deposito e d'allattamento pei loro pargoli; infatti le *crèches industriali* sono, nei loro buoni effetti, le migliori, per lo che giova molto ch'esse sieno divenute di moda e lo Stato ne abbia dato l'esempio mettendole in onore nella maggior parte delle sue manifatture di tabacco e di zolfanelli.

Certo che il sentimento che i fanciullini sieno patrimonio sociale va aprendosi strada e va, all'incontro, perdendo terreno la tradizione della *patria potestas*, per cui i genitori hanno diritto di disporre a senno o a torto delle loro creature.

A Viroflay, di fronte a Versailles, puoi studiare uno schietto allevamento nazionale di bambini. In una gioconda valletta, attorniata da colline, occhieggiano, dispersi tra il verde di un parco lussureggiante, i villini signorili della *Casa di bambola*, la *Pouponnière de Porchefontaine*, fondata dalla moglie del celebre editore Charpentier e dalla signora Eugène Manuel.

Madame O. Veil-Picard presiede. Il Dott. Raphaël Raimondi, allietato dalla cooperazione di squisite e munificenti dame, si è addirittura trasfuso

nel dolce esperimento, unico al mondo. Importa rilevare l'accorgimento del metodo dei padiglioncini divisi, che tolgono i danni dell'agglomeramento; infatti ne annoveri uno per intıodurre i nuovi venuti, ove rimangono in osservazione per una ventina di giorni, alcuni per l'accrescimento a gruppi; altri per gli infermi d'enterite; altri d'isolamento per le malattie infettive; inoltre il dormitorio delle nutrici, le sezioni dei servizii ed una vaccheria esemplare. Fin'ora sono ricevute cinquanta madri gratuitamente, col patto di dar la poppa, prima al loro bambino per sei mesi, eppoi ad uno estraneo, ed allora sono pagate alla stregua di 30 lire il mese. Insomma la poesia, il buon senso e la scienza vi trionfano alleati.

La morale è che tutte queste esplicazioni sono assai utili e che ciascuna di esse serve ad abbassare la mortalità infantile.

Ciò per le opere di maggior mole, senza calcolare l' infiltrazione a mezzo delle pubblicazioni e delle succedentisi conferenze, con cui il Prof. Pinard ha insistito nei corsi superiori delle scuole comunali, il Prof. Marfan e il Dott. Variot premono sui medici, sugli studenti e sull'elemento femminile, il Dott. Henri de Rothschild (già benemerito pe' laboratorii che sterilizzano addirittura sul posto il latte destinato alla Metropoli, precauzione copiata poi dalla vaccheria municipale pei bambini di Lione nel febbraio 1906) cogli infiniti oratori dell'*Université populaire*, dell'*École des mères* di Madame Moll-Weis, dell'*École des infirmières* di Madame Alphen Salvador, e di tutti i circoli a base d' istruzione si dirigono ad ottenere l' educazione delle masse ed il debellamento dei pregiudizii coll' arma nitida di un linguaggio semplice e chiaro.

Non voglio tacere del dono della vedova dello Zola della casa maritale a Medan, perchè fosse convertita in raccolta per lattanti ammalati. Va segnalato il lascito della vedova del barone Adolfo Rothschild che, testè morendo, assegnava un milione al Comitato dell' allattamento materno, mezzo milione all' ospizio delle partorienti indigenti e trecento mila lire al rifugio dell' infanzia abbandonata di Neuilly.

L'orme gentili della Francia furono seguite con grande slancio dal Belgio, sì che Bruxelles fu la sede eletta pel II.° Congresso delle *Gouttes de lait*, che avveniva il settembre scorso sotto l' alto patrocinio delle Loro Altezze Reali il Principe e la Principessa Albert, alla presenza d'Helleputte, ministro d'agricoltura *ad interim*. Gli organizzatori Dott. A. Devaux e Dott. E. Lust, — nella loro qualità di presidente e di segretario generale della *Ligue nationale Belge pour la protection de l'enfance du premier âge*, costituitasi nel 1904, coll' anima dei *desiderata* del Congresso d' Igiene tenutosi nella medesima città il 1903, — furono i relatori più autorevoli di quanto nel Belgio si espleta a favore della preservazione dei fanciulli.

È opportuno dare spicco all'affinità di quei voti colla nostra questione; ribadivano l'essenze della profilassi sociale, vale a dire il dovere di sovvenire le abbandonate e le misere che languiscono nell' ultime fasi di gravidanza od in recente travaglio di parto, — la utilità di formare assicurazioni ed impianti di mutuo soccorso materni, — la necessità di promuovere l'allattamento secondo natura e di disseminare gli ambulatorii de' pargoli colla distribuzione del latte immune, nei casi disgraziati in cui le madri non possono realmente alimentare, — la importanza di addestrare nelle

scuole le giovanette al loro futuro compito di brave mammine, — e la urgenza di istituire la vigilanza dei piccolini, consegnati a nutrice od in custodia estranea; — la puericoltura intrauterina ed extrauterina, in una espressione.

La *Laiterie maternelle* di Bruxelles, suscitata l'ottobre 1897 da Eugène Lust e dalla *Société protéctrice des enfants martyrs,* è la primordialè *Goutte de lait* del paese; tosto si estendeva nei *faubourgs* emettendo parecchie *consultations de nourrissons*; in seguito una ne nasceva a Hodimot per la generosità di Yules Cerexhè, altre ad Anvers, a Liège, a Gand, a Louvain, a Charleroi e nei *communes-faubourgs* di Bruxelles.

A questo punto il Lust, per ovviare alla dispersione del bene che proviene dalla incoordinazione delle forze, ideò l'alleanza degli enti isolati e la loro unica direttiva. Da allora, da che vive la succitata Lega nazionale per la protezione della prima età, tutte le istituzioni in proposito sono emanazioni di essa; nelle provincie agiscono dei sottocomitati dipendenti dal comitato centrale.

La sezione del Brabant il 18 maggio 1905 onorò Bruxelles del *Dispensaire Prince Charles de Belgique*, concezione tipica ch'è l'apologia della instancabilità e dell'acume del Lust; la precipua mira è d'ottenere la massima trasfusione delle madri nei figlioli, sia mediante il loro vitale umore, sia mediante la partecipazione intellettiva; dichiarato il seno insufficiente, vi è però fornitura gratuita o semigratuita dei singoli pasti, consistenti ciascuno in graduate miscele di latte sterilizzato all'autoclave, chiuso, perchè non sia inquinabile, in bottigliette piombate, capaci per una sola volta; anche gli agiati possono usufruirne, s'intende a pagamento. I questionarii anamnestici, i diarii settimanali, i regimi, le ricettazioni e i diagrammi delle pesate registrano l'esatta storia di ogni clientino. Ma oltre il gabinetto consultivo vi si comprendono gli uffici di mutualità infantile e materna, lo scompartimento ginecologico ed il dentistico, il laboratorio analitico e l'*École de puéricolture*, con relativo museo, biblioteca e proiezioni. Una schiera di dame verificano a domicilio se i consigli sono stati compresi ed ascoltati. Si cerca di obbligare e di attrarre, ad un tempo, somministrando alle frequentatrici diligenti i rimedii, le farine, il sapone, l'amido da bagno, le polveri assorbenti, gli oggetti da toeletta ed i buoni per razioni di carne, di pane, di brodo e di latte che migliorino la portata mammaria.

A questa consultazione in *Place des Martyrs, 18*, sono presto susseguite, sempre nel cuore della capitale, quelle di *Place de la Douane*, *des Minimes* e *des Sablons-Chapelle*, eppoi quelle dei suburbii; in tutto quindici per un'agglomerazione di 600,000 abitanti.

L'*Hainaut* ne enumera a Marcinelle, a Yumet, a Dour, Tournai e Mons. Namur non ne è scevra, e Liège si distingue per la *consultation de la Policlinique* e quella alla *Maternità*, del celebre Dott. Charles. La *Flandre occidentale* ne ha a Heyst-sur-Mer e a Ostende; in breve ne avrà a Bruges, a Courtrai e a Roulers.

La *Flandre orientale* possiede quella di Saint Nicolas e, giustamente vanta l'*Oeuvre des mères* di *Gand*, diretta dal Dott. Miele, la quale, dopo la fondazione di Nathan-Strauss di New-York che bada a 1600 bimbi, veglia il più gran numero di bimbi (1000 l'anno); offre la caratteristica che

solleva le molte operaie della sua zona industriale non solo colla sua gran *crèche*, ove si istruiscono le giovanette, ma eziandio con tante piccole *crèches*, improvvisate nelle abitazioni delle migliori casalinghe, che vi si prestano con conoscenza idonea; costoro assumono la responsabilità di attendere a due, tre, quattro fantolini portandoli regolarmente alle visite. Si parla alla donna del popolo in conversazioni schematiche, la domenica; — le perspicaci acquistano il titolo di *protettrici* ed illuminano le compagne.

È adunque attivissima l'operosità della Lega; un vero armamento morale ha approntato alla difesa della infanzia; 500,000 esemplari di un opuscolo sull'allevamento, accortamente compilato, hanno insinuato il soffio della umana crociata nei più riposti villaggi. Il governo bandisce conferenze, rimunerando i medici che vi spendono il loro sapere, ed autorizza la Lega ad ammaestrare convenientemente le levatrici, per guisa che esse, anzichè insistere in pregiudizii, assurgano alla preziosa collaborazione del miglioramento nazionale.

Approdiamo insomma alle conclusioni, che la mortalità de' bambinelli diminuisce nel Belgio come nella Francia, e che la federazione degli sforzi individuali si appalesa la forma più spedita ed intensiva di salvezza dei rosei pupattolini, che sono la gioia del focolare e la fede della patria.

Stimando inutili le ripetizioni, sorvoliamo sulle imitazioni, che in cerchia più limitata, hanno fatto le più disparate regioni, dall'Europa, alle Americhe, al Madagascar, all'Australia, — ed accenniamo di preferenza gli spunti originali.

Mentre la legge italiana del 29 gennaio 1903 restringe tra le tre e le quattro settimane il riposo obbligatorio della operaia che ha figliato (articolo 6.°), — e parecchie Nazioni non ne impongono alcuna, — la Germania l'allarga a sei settimane, durante le quali le casse d'assicurazione contro le malattie passano il mezzo salario; inoltre un ingegnoso progetto è alle fornaci per far accordare alle donne, dai 18 ai 50 anni che guadagnano meno di tre mila marchi l'anno, una rendita passeggiera per il periodo che intercede tra le sei settimane anteriori al parto ed i primi tre mesi posteriori.

La Norvegia ha una legge 29 aprile 1905 che regolamenta l'allevamento mercenario e nomina al controllo apposite ispettrici; la vendita del latte è interdetta al personale tubercoloso e nei negozii poco lindi.

La Svezia ripara in espressi ricoveri le disgraziate per tutto l'allattamento.

La Svizzera non laurea gli studenti di medicina, se non si sono interessati alla clinica pediatrica almeno per un semestre, e nel programma delle classi normali è inclusa l'igiene infantile. Questo insegnamento è notevolmente svolto nelle lezioni alle ostetriche nell'Ungheria ed alle bambinaie-governanti nell'Olanda, nell'Austria e nell'Inghilterra. Il borgo di Marylebone a Londra fa notificare i neonati all'ufficio d'igiene per mandare subito delle vigilatrici competenti, che s'adoperino al vantaggio di questi; se non prosperano, sono inviati alle consultazioni del Dott. Pritchard.

Negli Stati Uniti la pretesa dell'« Associazione Americana delle commissioni mediche del latte » che il *latte* sia *certificato* previene la propagazione, — sventata dal Prof. Georges Köbler dell'Università di Georgeton,w

— dei contagi col veicolo del latte e incorona una vittoria medica; — poichè fu il Dott. Henry L. Coit con un manipolo di colleghi, che, inducendo il dicembre 1892 il *Club des praticiens* di Newkart, a curare che il latte di approvvigionamento fosse pressochè sterile e venisse commerciato da *lattivendoli riconosciuti*, sottomessi al codice ed alle analisi della società, riuscivano, quattordici anni appresso, a trapiantare il sistema in 27 città; queste ad Atlantic City, in una adunanza di 150 sanitarii e filantropi, si stringevano nell'unanime patto di impedire la speculazione del latte proveniente da bestiame malato, o manipolato da individui colpiti da infezioni e, a maggior ragione, da etisia. Gli ambienti e gli addetti debbono brillare di nettezza; l'asepsi deve essere rispettata inderogabilmente; a New-York si esigono attestati ebdomedari sulla salute degli impiegati; si distingue un *latte esaminato*, stato cioè giudicato dai rapporti della *score-cards* (metodo speciale d'osservazione) bastevolmente amicrobico, sia perchè deriva dalle ferme comprobate dall'amministrazione di sanità, sia perchè è conservato a freddo (10° C) dalla spremitura allo smercio, sì che non raggiunge i 5,000 bacterii per centimetro cubo, — ed un latte *pasteurizzato*, che ha subito l'uccisione de' microrganismi colla bollitura; il latte che sorpassa i 60,000 bacterii per centimetro cubo è scartato. Sono messi in vendita in flaconi da litro ermeticamente tappati e dichiaranti la data di produzione.

È ancora da riferirsi il tentativo dell'« Associazione new-yorkese per il miglioramento della condizione dei poveri » che, a spese di Yon Rockfeller, l'estate 1906, diffuse per 100,000 famiglie un corpo di infermiere che insegnavano a bagnare, vestire e nutrire gl'infanti.

Arriviamo da ultimo all'Italia, anche in questo memorabile per tradizioni assai remote, risalenti a Roma antica: Nerva e Traiano decretavano ospitali per guarire i bambini, e Plinio il Giovane prediligeva del suo danaro quello di Como (1). L'Italia è troppo grave di civiltà per non abbondare da secoli e secoli dei più svariati aspetti della beneficenza. Tuttavia l'imbarazzo di una burocrazia complicata e dispendiosa, le coercizioni restrittive dei legati, gli anacronismi degli statuti e, in sommo grado, la mancanza di fusione, nell'accordo, e di divisione di missione, nel lavoro, senza contare il difetto d'ispirazione scientifica, hanno finito coll'esercirvi una sorta di anarchia e di sperpero del bene. I *presepii* sono assai vecchi in confronto alle *crèches* francesi; i nostri più oscuri comuni e pressochè tutte le congregazioni serbano vetusti fondi per la miseria delle incinte, delle puerpere e dei figliuoletti loro; voluminosa al riguardo è la pubblicazione del 1887 della direzione generale della statistica sulle opere di sovvenzione.

L'intellettuale sentimento femminile di Laura Solera Mantegazza ripercuoteva a Milano, nel 1850, il delicato entusiasmo del Marbeau per gli asili dei lattanti, e nel 1885 una ventina di città li avevano seguiti. Ma allora l'anima delle buone cose era la pietà, e l'igiene non era ancora imperativa

(1) C. EMILIA CAETANI LOVATELLI: « Le istituzioni di beneficenza presso i Romani » - « Nuova Antologia », Rivista di lettere, scienze, ecc. - 10 gennaio 1905 - anno 40 - fascicolo 794.

ed espansiva da dettare i suoi postulati perfino tra le fibre del cuore; esisteva l'amore più che la perizia dei bimbi; l'indirizzo medico non compenetrava gli edificii dell' affettuosità.

Noto come la maggior coorte elemosiniera del passato corre al conforto degli illegittimi, di guisa che, sulle 21,216 opere di carità che si elencavano nel 1880, il Dott. Casalini computava 84 brefotrofii e soli 19 incarichi per legittimi; del patrimonio bloccale di due miliardi, 45 milioni assorbivano quelli, a stento un milione questi; la spesa di quelli toccava i 15 milioni l'anno, quella di questi le 80 mila lire. Ed eziandio il Governo stabiliva nel 1889 un cenno di tutela sanitaria pegli illegittimi a nutrice, negando l' ugual: trattamento ai legittimi.

Ma, se è commendevole che la società s' intenerisca per i rampolli senza ceppo, è giusto che stenda un amplesso anche per quelli che hanno la famiglia materialmente e moralmente insufficiente, per le angustie e per l' ignoranza; finalmente sarebbe ideale che nulla la mente collettiva negligesse, che il pieno rigoglio dell' uomo futuro potesse assicurare.

Lo spirito moderno abbatte il periodo della compassione e sventola l'êra dei doveri. Le nostre compagini peccano di pigrizia nel cogliere il tono coerente co' nuovi tempi; l'individuo italiano non è però mai secondo in nessuna concezione. È il Prof. V. Tedeschi, che già nell' 89 impianta a Trieste una consultazione pe' ciocciaanti, ed installa una vaccheria sociale esemplare, che li provvede di latte squisito, gratuito pei disagiati, a pagamento pegli abbienti.

Parecchie città si sono impadronite odiernamente dell' iniziativa.

Il Prof. E. Pestalozza corredava la sezione ostet ica dell'Università di Firenze, il marzo 1900, dell'*Aiuto materno*, visitazione che persegue settimanalmente lo sviluppo dei piccoli fuorusciti dal riparto, infloridendoli coll'ammonimento esperto e col cibo supplementare più opportuno, se esso si addimostra indispensabile; una leggiadra torma di signore si spande pei tugurii, divenendo gli angeli custodi delle culle, e bada che niuna madre non sazii la fame. Identicamente agisce l'*ambulatorio Regina Elena*.

L'Alleanza Cooperativa di Torino di buon grado aderì al Dott. Caviglia nel devolvere, dal 1905, i suoi avanzi all' allestimento di quattro consultazioni parvulari, messe a disposizione delle socie e delle avventizie; la rata delle abbonate, in quattro lire mensili, ed il margine sul costo del latte sterilizzato, comperato, nei 20 magazzini dell'Alleanza, dal pubblico, o rindennizzato dalla Congregazione, compensano quasi gli oneri; se ne aggiunse una alla clinica ostetrica del Prof. Vicarelli per il profitto degli studii di pediatria.

L' anno sembra propizio alla nobile causa ed il Prof. Cacace decora Capua dell'*istituto nipioigienico*, eccellente insieme di consultazioni, dispensario e scuola per le mamme, le maestre e le fanciulle; il Prof. Merletti aggrega agli « Esposti » di Ferrara un servizio di suggerimenti, che non esclude neppure i minuscoli borghesi, ed insedia l'esperimento della formalinizzazione del latte; il Dott. Rocchi dota Lucca di uguale ufficio, sfoggiandovi in più una latteria, una *crèche*, un refettorio materno ed un'agenzia di ottime balie.

Verona erige la *crèche Principe del Piemonte* del Dott. Meneghelli ed

il dispensario dei Dottori Forti e Zambelli; Vicenza asseconda lo slancio del Dott. Capretti; Mantova si agita col Dott. Soncini alla testa; Palermo, Messina, Catania, Padova aspirano la graziosa essenza dell'idea.

Urgeva che Milano, la quale quattro lustri or sono colla sua « *Provvidenza baliatica* » pareva precorritrice, non rimanesse oramai alla retroguardia. La sua potente Congregazione di Carità trasformava il decrepito ed irrisorio *baliatico* di pochi pecunii e, crudelmente sfrondando la complessa proposta della consigliera Rebecca Calderini, creava, giovando sempre di moneta, anzichè di latte e d'altri effetti, cinque *ispettorati* di consiglio, di cui il più importante è quello centrale, diretto dalla geniale oculatezza del Prof. Saba Frontini; l'arredo è confortante; comodo il bagno; ben provvisto il gabinetto delle analisi; avveduta la particolarità d'un premio alle sussidiate che si sono distinte nella coltivazione del loro virgulto. Rilevo il simpatico pensiero del Municipio, che regala agli sposi, i precetti per ben crescere i pupetti.

Si spera che la *Cooperativa del latte*, costituitasi testè per impulso di medici (i Professori Grassi e Bertazzoli, il Dott. Filippetti), risolva anche questa parte del problema infantile. Lodevoli gli scandagli dell'« Umanitaria », che hanno lumeggiato un fascio di verità: che a Milano l'allattamento materno è alquanto superiore al mercenario; che l'allattamento mercenario avviene per lo più lontano dalla famiglia nelle campagne, scarsamente presso le famiglie; che l'allattamento misto è meno diffuso di quello esclusivamente materno, e che l'artificiale è l'eccezione; che i s stemi più micidiali sono quello al poppatoio e, subito dopo, il mercenario fuori di città; il mercenario in casa e soprattutto il materno misto lo sono assai meno; che il massimo contingente di mortalità è sostenuto dai figliuoletti degli operai, tanto più se la madre è operaia; che le creature delle casalinghe, mogli di *non* operai, hanno vitalità maggiore di quelle non solo delle operaie, ma delle impiegate, delle professioniste e delle esercenti; — che l'allattamento materno dà la più esigua percentuale al rachitismo, alla scrofola, all'anemia. Poggiando su queste inconfutabili constatazioni, il comitato della « *Difesa igienica della prima infanzia* », composto dal Senat. Mangiagalli, dagli Onorevoli Mira, Cornaggia, Majno e Turati, dal Prof. Bordoni-Uffreduzzi e dai Dottori Bertarelli, Hayeck, Filippetti, ecc., concreta un disegno di legge per ottenere una buona volta dal Parlamento l'obbligatorietà del controllo Sanitario delle nutrici e dei piccini e queste affidati, valendosi dei comuni, agli ordini del Prefetto, coadiuvato dal medico e dal Consiglio Sanitario della Provincia.

Altre deduzioni impellenti sono: l'indispensabilità di fornire alle operaie i mezzi che facilitano l'allattamento materno; la necessità di contenere entro dati limiti lo sciupìo della donna nel lavoro; la convenienza di educarla ai criterii del corretto allevamento.

A Roma si è già addentro nel programma. Mercè nota prefettizia del 25 gennaio 1903, si collocava in via delle Botteghe Oscure, 43, presso il Palazzo d'igiene, l'*ispezione comunale delle nutrici*, con a capo il pediatra Dott. Spolverini.

Salvo incappare nelle pene contemplate dalla legge 22 dicembre 1888, nessuna balia può accettare allattamenti nè da privati, nè da opere pie

senza essere regolarmente munita del certificato d'idoneità, liberatole dall'autorità municipale, con acclusa fotografia, in seguito alla visita medica. Solitamente ottengono la dichiarazione le sane che hanno perduto il loro nato, o lo possono svezzare, avendolo condotto almeno al 7.° mese; le sifilitiche si riserbano pei sifilitici; le dimoranti in città che hanno bimbi d'istituti sono costrette a mostrarli una volta il mese sotto minaccia di sospensione dell'assegno; i medici comunali moltiplicano la sorveglianza dell'ufficio, cui è annessa una piccola *crèche* per i più tribolati.

Roma si ravviva nella protezione dei pargoli; il grazioso ideale freme in lei. Il *dispensario Principessa Giovanna*, deciso in occasione della recente offerta reale di centomila lire, gareggierà colla *Milchküche* del Prof. Escherich di Vienna. Quà e là spuntano e si spiegano varie *consultazioni*, una al Policlinico, l'altra all'ospedalino del Dott. Sorgente, ecc. Un latte scrupolosamente puro è fornito dalla vaccheria modello del Cav. Nardi, raccomandata dal Concetti, dallo Spolverini e dal Valagussa. Nel 1904 si schiude un Asilo per le maternità disavventurate. Nelle vie Tiburtina vecchia, Ferruccio, Benedetta in Transtevere, Maestro Giorgio al Testaccio, Pompeo Magno e Prati di Castello la Congregazione imbandisce rifocillazioni di zuppa, carne, pane e vino alle disgraziate con bimbi alla mammella; — vi sono anche le cucine di Santa Concordia e della baronessa Sonnino.

Gustosissima l'inaugurazione, fatta, il 19 marzo scorso, dal Ministro delle Finanze Pietro Lacava, alla regia manifattura dei tabacchi, in piazza Mastai, dei nivei locali intiepiditi coi termosifoni, ove le sigaraie, addestrate dal Dott. Albini e dalla Signora Celli, porgono la poppa ai loro nati; la sala delle vaschette per toeletta ed il dormitorio coi 50 candidi lettucci conquidono il compiacimento generale. A Torino fu ordinato altrettanto. Ma già da anni vige la bella innovazione governativa a Chiaravalle. Se la misura, come fu promesso, e come è nelle vedute del.'Ing. Comm. Roberto Sandri, direttore generale del e privative ed anima affezionata dell'esperimento genialissimo, si estenderà a tutti gli opifici dello Stato, l'articolo 10.° della legge 29 gennaio 1903, sul lavoro delle donne e dei fanciulli, non sarà più semplicemente virtuale, ma avrà forza d'esempio: « Dove si impiegano donne dovrà permettersi l'allattamento, sia in una camera speciale annessa allo stabilimento (la quale a norma del comma precedente deve soddisfare alle norme dell'igiene, nonchè alla sicurezza ed alla moralità), sia permettendo alle operaie nutrici l'uscita dalla fabbrica nei modi e nelle ore che stabilirà il regolamento interno, oltre i riposi prescritti all'art. 8.°. La camera speciale di allattamento dovrà però sempre esistere nelle fabbriche nelle quali lavorano almeno cinquanta operaie ».

Siamo agli sgoccioli della nostra revisione; tuttavia, volgendo al termine, lo scetticismo ci abbandona, il cuore si spalanca a sorridente speranza, gli occhi si destano ad un'aurora che si annuncia tinteggiata con vampate di rose.

Epperò è chiaro che la causa dell'infanzia ha un sottostrato in comune colla causa dell'istruzione ed uno colla causa della donna. Colla causa dell'istruzione, — perchè, come illustrò il Dott. Winocouroff di Odessa al Convegno di Bruxelles, laddove la mortalità puerile è eccessiva corrisponde larga l'ignoranza tra la popolazione. Colla causa della donna, — perchè

ogni qual volta la madre geme, la creatura è oppressa. Formiamo la madre, rassereniamo il cielo dell'anima sua, teniamola in venerazione senza distinzione di classi o di regolarità legali, sottraiamola alle estenuazioni, ed ogni bimbo avrà non solo quello che natura accorda anche agli animali, *una madre amante*, ma anche *una madre valida e capace;* egli ingrandirà a somiglianza e ad orgoglio suo.

Non giungeremo a chiedere tutto allo Stato, come ardisce il Dott. A. Delcourt del Belgio, quando traccia: « *la femme qui est sur le point de s'accoucher ou qui nourrit son enfant a le droit à ce que l'Etat s'occupe d'elle* », — ma coroniamo d'applausi la splendida iniziativa del Senat. Ugo Pisa, allorchè, nel 1901, invitava il Governo a fondare le *Casse di maternità,* organizzazioni, più che di carità, di previdenza, vitalizzate dagli stessi piccoli oboli delle iscritte. Hanno tentato privati esempii Torino dal 1895, Milano e Roma dal 1905, Palermo dal 1906, nonchè le associazioni di mutuo soccorso femminili, compresa la più anziana tra esse, la *Generale delle operaie di Milano,* che si deve alla Mantegazza dal 1862.

Per adorazione di quell'essere che merita si corra in suo soccorso costantemente e senza restrizioni, potendo egli diventare per sempre infelice senza essere stato colpevole mai, — come incita il Dumas, — paragrafiamo i voti seguenti:

1.° che i poteri pubblici si prefiggano di diffondere nel popolo insieme coll'istruzione generale obbligatoria gli elementi d'igiene infantile, insistendovi particolarmente nelle scuole femminili, e diffondendoli maggiormente nei corsi superiori;

2.° che i poteri pubblici abbiano di mira tutti i provvedimenti e sollecitino e curino tutte le opere, rivolte a salvaguardare dalle origini la sanità dell'uomo;

3.° sia quindi portato alla discussione della Camera il disegno di legge Rava del maggio 1905 per la fondazione della *Cassa nazionale della maternità* e lo si estenda, come ha testè deliberato il Congresso femminile di Roma, alle lavoratrici dei campi e a tutte le donne che liberamente vogliono parteciparvi;

4.° sia al più presto consacrato dal Parlamento italiano il progetto dei deputati milanesi, — concretato d'accordo con la Società « *La difesa della prima infanzia* », — che invoca la vigilanza Statale sulle balie e sui bambini a nutrice, al modo della Francia;

5.° sieno più scientemente specificati i regolamenti sulla purezza del latte e si esiga che il *latte pei bambini* sia *certificato* e smerciato, in bottiglie sigillate, da *compagnie lattiere munite di licenza,* che implichi il diretto esame del comitato di sanità locale. Si stabiliscano le latterie municipali e si impedisca formalmente la vendita dell'abbominevole *biberon* a lungo tubo, che semina una strage d'innocenti;

6.° si riformi la scuola d'ostetricia nel senso di elevare la coltura e la missione delle levatrici, le quali devono essere perite anche in igiene infantile. La coltura professionale fruttando meglio in chi ha preparazione di studii, — per accedere alla scuola d'ostetricia dovrebbe occorrere almeno la licenza tecnica o dei licenzini normali o ginnasiali;

7.° sorgano i *sanatorii materni* e si divulghino quelle potenti scuole

pratiche d'igiene infantile popolare, che sono: *le sale d'allattamento* e le *consultazioni di poppanti*. Per la direzione in ispecie di quest' ultime la *donna medico*, anzichè soffrire esclusioni, come è accaduto fin'ora da noi in via di fatto, sia prescelta, perchè la donna, come ha proclamato il Devaux al Congresso delle *Gouttes de lait* di Bruxelles, e come è chiaro per ogni persona ragionevole, ha per l'allevamento dei bambini delle qualità di natura che nessun uomo può avere.

Milano, 24-28 maggio 1908.

RECENSIONI

G. L. Gasparini. — **Un caso di omosessualità femminile** — Archivio di Psichiatria, Neurop., Antrop, crim., ecc. — Anno 1908, Fasc. I-II.

Descrive minutamente un interessantissimo caso di omosessualità in una giovane donna di 19 anni, la quale pur non presentando nè troppo profonde, nè troppo spiccate alterazioni somatiche, nè rilevandosi una vera e propria pervertita, offre nella sua attività psichico-sessuale una attitudine così nettamente virile, che può dare appunto l'illusione di una trasfusione di animo maschile in un corpo di donna.

Ne conclude che le teorie sulle inversioni sessuali, esposte da Krafft-Ebing, sono le più scientificamente attendibili.

Gli omosessuali sono soggetti, ai quali un alterato sviluppo embriologico per fattori morbosi congeniti perturba ed impedisce di raggiungere il completo sviluppo di un tipo sessuale ben differenziato, rompendo l' equilibrio normale, che esiste fra glandule ed organi sessuali e centri psichici corrispondenti, Perciò essi rientrano nella categoria dei tipi ritardati o dei degenerati in genere. e vanno considerati e studiati in rapporto alle leggi che la patologia psico-nervosa ha stabilito. Con ciò si condannano senz' altro le nuove teorie, colle quali una filosofia interessata ed un' arte malata tentano di imbellettarne o giustificarne la libertà d'azione e le morbose manifestazioni.

Rebaudi

Dott. O. Viana: **Nuovo contributo allo studio della formula emoleucocitaria e del midollo osseo nei feti prematuri** — Rivista Veneta di Scienze Mediche - Anno XXV, Fasc. 1-15 Gennaio 1908.

L'A. in seguito a sue ricerche sul sangue e sul midollo osseo nei feti prematuri arriva a queste numerose concluzioni:

che nel sangue dei feti prematuri, dal sesto al nono mese di vita intrauterina, il numero delle emazie è pressochè corrispondente al normale, mentre quello dei leucociti è alquanto superiore, ciò che conferma la leucocitosi fetale;

che i globuli rossi nucleati sono in genere numerosi nel sangue e nel midollo osseo dei prodotti più giovani, in taluni dei quali arrivano, quantunque in via eccezionale, a superare in quantità i leucociti, mentre vanno diminuendo progressivamente nei feti più sviluppati. Sono rappresentati quasi sempre da normoblasti, ma non mancano i megablasti, benchè nel sangue la loro presenza non sia costante;

che la formula leucocitaria del prematuro si differenzia notevolmente da quella dell'adulto per una mononucleosi, che è tanto più forte, quanto maggiore è

il grado di prematuranza. Tale mononucleosi è data specialmente dai mononucleati piccoli e medi, che per semplificare la formula l'A. ha raggruppato sotto la denominazione di linfociti.

In maniera opposta varia il procento dei polinucleati neutrofili, i quali al nono mese arrivano ad essere quasi altrettanto numerosi come nell'adulto.

In alcuni casi questo carattere, aggiunto alla mancanza o rarità di eritroblasti ha deposto per una relativa maturità del feto, che non appariva dal peso e dalla lunghezza;

che il comportamento delle cellule eosinofile non presenta fatti speciali;

che i mononucleati grandi e le forme di passaggio sono in genere più numerose nel feto prematuro, che nel neonato a termine e specie nell'adulto. Nel prematuro si riscontrano dei mononucleati granulosi (mielociti) e delle forme con tutti gli stadii di modificazione del nucleo, dalle forme mononucleari alle forme di passaggio propriamente dette e a quelle polinucleari o a nucleo;

che le granulazioni (neutrofile, eosinofile) sono evidenti anche nel sangue dei prematuri, come in quello dell'adulto: solo variano di numero e sono più scarse nelle forme di passaggio;

che fra le cellule bianche del midollo osseo dei prematuri prevalgono i mieloblasti, ma vi sono pure molti elementi granulosi (mielociti, forme di passaggio, polinucleati) di tutte le varietà.

Le granulazioni sono presenti anche in soggetti al 4.° mese con gli stessi caratteri che si osservano negli elementi granulosi del sangue circolante;

che negli eredosifilitici prematuri il numero totale delle emazie non presenta considerevole diminuzione, mentre quello dei leucociti è superiore: nel sangue di questi si riscontrano molti eritroblasti, non solo normoblasti, ma anche megaloblasti. Ciò si osserva anche nel midollo osseo, ciò che dimostra l'alterata emopoiesi di questi soggetti, alcuni dei quali presentano pure policromatofilia ed anisocitosi più che nei prematuri in genere.

La formula leucocitaria non è alterata nè invertita; prevalgono i polinucleati; assenza di eosinofilia; aumentati i mononucleati grandi e le forme di passaggio. Con facilità si riscontrano cellule mononucleate atipiche grandi, con nucleo pallido, con protoplasma ora jalino ora granuloso (mielociti) e delle forme di passaggio provviste di granulazioni.

Non furono trovati spirocheti nel sangue e nel midolle osseo;

che nei primi giorni di vita, sia in feti itterici, sia in non itterici non si riscontrano modificazioni della formula leucocitaria, all'infuori dell'inversione dipendente dalla mononucleosi dei poppanti. Eccezionalmente fu riscontrato un numero abbondante di forme di passaggio.

Carli.

Sakurai (Nagasaki): **La diversa durata del parto nelle donne giapponesi e nelle europee** — Vecchia e Nuova Ginecol. - Raccolta di scritti commemorativa del 70.° compleanno del Prof. F. v. Winkel - München, G. Klein, editore.

La durata media del travaglio è per le donne giapponesi 16 ore e 1/2 nelle primipare, 10 ore e 1/2 nelle pluripare, ed è certamente il 1.° periodo che è più corto che nelle europee. Questa differenza è determinata dalla più piccola mole del corpo, dalla maggior brevità della vagina (6.5-7.5 cm.), dalla moderata inclinazione del bacino (40°-50°), dalla assenza di nervosità, dalla repressione degli atti di dolore, come pure infine dalla migliore utilizzazione della pressione addominale: tutte circostanze favorevolmente concomitanti nelle partorienti giapponesi.

Donzella.

Kisch (Marienbad): **Sulle relazioni tra la polisarcia e la vita sessuale** — Wiener Med. Woch. - 1907. N.° 22.

Mentre l'accrescimento del tessuto grasso all'epoca della pubertà è notevole nella ragazza, negli adolescenti maschi si nota il minimo sviluppo del tessuto grasso in quest'età. I puerperii, l'allattamento ed un esercizio esagerato della coabitazione producono nell'età della maturità sessuale nelle donne predisposte un

aumento dello sviluppo del grasso. Nell'uomo al contrario l'attività sessuale troppo frequente e la astinenza entrambe favoriscono il dimagrimento. Anche la menopausa spesso porta ad un aumento di grasso. Nei polisarcici ereditarii maschii compaiono qualche volta sintomi di femminismo degenerativo, e di mascolinismo nelle donne ereditariamente polisarciche. Specialmente nelle donne si rende evidente una controazione della polisarcia sulla funzione sessuale. Il più delle volte si ha amenorrea, oligomenorrea; è frequente la sterilità. Analoghi rapporti sussistono negli uomini polisarcici, per es. vi ha una diminuzione nella potenza generandi e coeundi.

Donzella.

ROBERT JARDINE (M. D. Glasgow Maternity Hosp.): **L'epilessia e lo stato epilettico in connessione colla gravidanza ed il parto** — Transac. of the Ed. Obst. Soc., Vol. XXXIX - 1906-1907.

Lo stato puerperale può ingenerare nelle donne nevropatiche o predisposte uno stato epilettico che si risolve in una determinata epoca della gestazione, specialmente nei periodi avanzati di essa e nel periodo del parto o subito prima e subito dopo, in una serie di attacchi convulsivi frequenti.

Ciò rende difficile la diagnosi differenziale fra eclampsia puerperale ed epilessia.

Se vi è una storia di attacchi epilettici precedenti, è giustificato il credere che si tratti di un caso di epilessia quando le convulsioni insorgono nello stato puerperale. Tanto più perchè questo produce molte volte una ricaduta delle manifestazioni epilettiche (V. Turner on Epilepsy). Le condizioni dell' urina non servono ad una diagnosi differenziale sicura a meno che non contengano una quantità grande di albumina. Io non ho mai visto un caso di eclampsia senza albuminuria: so che ne sono stati descritti dei casi, ma mi son domandato se appunto questi non sono casi di epilessia?

Quanto al concetto che l' epilessia possa avere la sua prima manifestazione convulsiva durante il parto è ammissibile, come crede il Turner. Però si devono ritenere casi di eclampsia gravidica e non di epilessia quelli in cui non si hanno altre manifestazioni epilettiche anche attenuate dopo la prima insorgenza puerperale.

I casi che l'A. riporta tendono a stabilire le idee sopraesposte. La discussione nella quale ciascuno degli interlocutori non fa che ricordare i proprii casi e la propria interpretazione occasionale non modifica i concetti esposti. La memoria appare un po' incompleta perchè astrae completamente dallo studio eziologico della eclampsia.

Donzella.

Due questionarii di Psicologia, Criminologia e Sociologia Ginecologica proposti dalla " Ginecologia Moderna "

Il problema dell' *astinenza sessuale* nell' uomo, ha testè appassionato vivamente fisiologi, igienisti e medici della Germania, della Russia, della Francia e d'altre Nazioni ed i giudizii, se non furono concordi, furono però utili per una sintesi conclusionale, ove si consideri che rappresentano le opinioni di scienziati della maggior fama quali Pflüger, Brieger, Strümpell, Hensen, von Leyden, Forster, v. Esmarch, Büchner, Gärtner, Neisser, Löffler, Pfeiffer, ecc.

Per rapporto alla donna due problemi pure ritengo che si impongano per l' importanza loro e per l' entità dei corollarii che se ne possono dedurre, quello della *sensibilità sessuale* e quello dell' *aborto criminoso.*

A priori essi sembrerebbero indipendenti l'uno dall'altro e come tali possono essere trattati, ma se bene e a fondo si considerano, apparirà come possa esistere fra l' uno e l'altro qualche nesso utile a rilevarsi sotto il punto di vista sociologico e medico legale.

È ormai universale presso tutti i popoli, e in seno a tutte le classi sociali la constatazione di un crescendo veramente grave e, oso aggiungere, spaventoso, dell' aborto criminale. La scusante del pubblico indifferente starebbe in un conflitto oggi più che mai accentuantosi fra i bisogni sessuali e le necessità economiche.

Le opinioni d' altronde relative alla *sensibilità sessuale* della donna in confronto a quelle dell' uomo e sulle *maggiori o minori necessità sue fisiologiche sessuali* sono tuttodì così disformi, incerte e contradditorie da richiedere ora più che mai di essere largamente dilucidate.

Così, ad esempio, è una credenza generale che a seguito dell'ablazione dell'utero e della ovaja subentri gradi gradi nella donna l' insensibilità sessuale.

Orbene io ho potuto raccogliere 14 casi nei quali all' incontro si ebbe tale esagerazione nei bisogni sessuali da costituire una vera forma morbosa non solo, ma da dominare la vita morale e famigliare delle pazienti, tanto che due furono causa del suicidio del

marito, una divenne delinquente, e quasi tutte le altre furono l'origine di gravi squilibri morali e materiali delle relative famiglie.

Molte e di grande entità possono quindi essere le applicazioni che, dalla soluzione anche incompleta di tali quesiti, si possono fare nel campo della psicologia, della medicina legale e della sociologia ginecologica.

La *Moderna Ginecologia* quindi ritiene di compiere un' opera utile proponendo ai suoi lettori, ginecologi, igienisti, medici legali, psichiatri, fisiologi, giuristi il seguente questionario di cui verranno man mano pubblicate nei futuri numeri le risposte, che raccomandasi siano il più che è possibile concise:

1.° Quale è la vostra opinione per rapporto alla sensibilità sessuale della donna in confronto a quella dell' uomo?

2.° Quale è la vostra opinione sulle maggiori o minori necessità sessuali della donna in rapporto alla età e alle condizioni sue sociali?

3.° In quali proporzioni e perchè ritenete voi aumentati gli aborti criminali?

4.° Quali sono i rimedî che proporreste contro l' aborto criminale?

Genova, 27 Dicembre 1907.

BOSSI.

Risposta d'un Medico Condotto.

1. — La *sensibilità sessuale* sarebbe eguale nell'uomo e nella donna, se non fosse *in apparenza minore nella donna per ragioni artificiali,* o di educazione o di paura (perdita di verginità, gravidanza) e per *ragioni morbose* (frigidità), le quali ultime ragioni trovano del resto nella psicologia patologica il loro posto con quelle ragioni che esagerano la stessa sensibilità, essendo in ogni caso comuni ad ambedue i sessi le anomalie per difetto o per eccesso.

2. — Le necessità sessuali della donna sono subordinate alle ragioni artificiali e morbose, che ne modificano la sensibilità sessuale, alla cui esaltazione possono essere incentivo la curiosità e l'astinenza educata malamente.

3. — Quand'anche si rilevasse dai casellarii criminali il quantitativo degli aborti provocati, la cifra non ne sarebbe la realtà: anzitutto perchè si riferirebbe specialmente alla patologia della mente, e sopratutto perchè

l'esercizio pratico della medicina ci fa dolorosissimamente intravedere che l'*interruzione della gravidanza*, nella seconda metà del primo trimestre, *è il portato dell'odierna civiltà evoluta*, che, e per educazione falsata o paura e per mancanza di protezione alla maternità, crede innocente provocare la ricomparsa mestruale in epoca in cui manca la certezza della gravidanza.

4. — La *protezione della maternità*, illegittima anzitutto e legittima, anche soltanto probabile, deve essere il *principale rimedio contro la provocazione* criminosa e colposa *dell'aborto:* il medico e la levatrice, che sanno comprendere la propria missione umanitaria, hanno nella inviolabilità del loro segreto professionale un mezzo praticamente potente per acquistarsi la piena fiducia della gestante, affinchè il prodotto del concepimento, illegittimo o legittimo, venga rispettato come un diritto di un essere senza autodifesa.

É quindi da augurare:

a) che in fatto di gravidanze illegittime sia in vigore una legislazionc pratica che, — per esempio come nel Canton Ticino dal 1898 col Consigliere di Stato dott. med. Casella e come in tutta la Svizzera col 1912 pel nuovissimo Codice civile svizzero — facendo astrazione da ricerche e perquisizioni non consentite dalla prudenza e dalla pubblica decenza, si basi su una sorveglianza per modo di dire paterna; affinchè le conseguenze di un concepimento illegittimo non divengano materia di delitto, ed inoltre ammetta la ricerca della paternità mediante modalità di morale attuazione.

b) che in fatto di gravidanza in genere si svolgano sempre più benefiche le attuali legislazioni sul lavoro.

Per il che non deve essere un paradosso il dire che, sebbene il figlio che nasce sia una nuova bocca da nutrire e talora un testimonio della malvagità altrui, lo stesso figlio è anche una forza viva destinata a crescere feconda per un avvenire non lontano.

*
* *

Qualunque siano gli *apprezzamenti* che si possano fare in proposito, è appunto colla collettività *di opinioni individuali* sull'attuale questionario che si tende alla ricerca di un Vero scientificamente pratico.

Ligornetto (Ct. Ticino, Svizzera) 23-1-08.

DOTT. C. SEMINI.

Risposta d'un medico pratico.

In tesi generale si può stabilire, che la sensibilità sessuale della donna sta a quella dell'uomo come 25 : 100; essa è nell'uomo un sentimento che si sviluppa ed accompagna la virilità press'a poco eguale in tutti i ceti. Feci un giorno l'autopsia di una donna, la quale fu strozzata nella posizione stessa in cui si era trovata nel momento che aveva concesso la sua persona al suo giovane assassino, allora esclamai: Come mai si può essere così belva? Il procuratore del Re che mi era compagno in quella visita, persona molto

intelligente, mi rispose: Caro mio sotto l'eccitamento venereo non si ragiona! Nella donna invece questa sensibilità è quasi nulla, sempre subordinata e modificata dall'educazione e dall'ambiente sociale; questo sentimento è per alcune un sacrificio, per altre una manifestazione forzata: le ninfomaniache sono delle malate.

Questo mio modo di vedere risponde pure al 2.° quesito, quindi non posso sottoscrivere all'aforismo: *propter solum uterum mulier id est quod est.* Private fin tanto che volete la donna di tutti i suoi organi genitali, ma in essa troverete sempre la stessa mentalità di essere nobile e sentimentale, ma non sensuale; disgraziatamente l'uomo oggidì la imbastardisce col favorirle una cattiva educazione sì di mente, che di cuore.

I quesiti 3.° e 4.° richiedono dalla persona che li svolge molta franchezza, non sottintesi, ne farisaiche risposte; epperciò dirò apertamente: Se gli aborti criminali sono oggidì *centuplicati* è perchè nei *ménages* regna sovrano l'egoismo, la nota del voler godere. La facile pubblicità sui giornali degli aborti criminosi riesce un fenomeno morboso di contagiosità. In tutti questi casi cercando si trova sempre il consiglio e l'azione di quell'essere dispotico che si chiama uomo. L'aborto criminoso in donna maritata è sempre la conseguenza di deficienza morale e religiosa nei coniugi. Per l'aborto criminoso in ragazze nubili, ai fattori sopra indicati, si devono aggiungere l'onta e l'avvenire incerto, senza appoggio di queste infelici.

Vogliamo trovare il rimedio? cerchiamolo nella legge: e permetta questa la ricerca della paternità; con ciò si guariscono molti *prudori* e si eviterà una parte degli aborti criminosi.

Nizza Marittima. 14-2-08.

Dott. Targhetta.

Matteo Oppecini, *Gerente responsabile.*
Stab. Tip. [illegible]almente a Sano, *Corso Buenos Ayres, 21 - Genova.*

ANNO I. LUGLIO 1908. FASC. 7.

LA GINECOLOGIA MODERNA
Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia
E DI
PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

PARTE I.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Torino
DIRETTO DAL PROF. G. VICARELLI

CONSIDERAZIONI

su di una centuria di casi di placenta previa centrale e marginale

PER IL DOTT. T. SOLI, *Aiuto e Docente*

(Continuazione e fine)

La opposizione che al metodo del Braxton-Hicks fanno i fautori del metodo di Leroux, non ci sembra invero giustificata dai fatti, ma più che altro basata su considerazioni teoriche. La larga parte che taluni vorrebbero fatta al tamponamento vaginale per procedere poi, a dilatazione permittente dalla bocca uterina, alla rapida estrazione del feto non può andare esente da giusta critica: oltre che tale metodo, inteso come lo intende Leroux, è il più delle volte insufficiente (molte metrorragie non vale a frenarle il tamponamento della vagina) specialmente quando il feto è in presentazione del piano laterale, e in tali casi l'insufficienza del metodo significa sempre pericolo per la madre, quando poi raggiunge lo scopo dà pur sempre una elevatissima mortalità fetale.

Al contrario, a nostro avviso, il tamponamento vaginale usato in quanto che nei casi gravi ed a collo dell'utero impreparato facilita e affretta quel grado di dilatazione della bocca uterina sufficiente a praticare la versione bipolare, dà i migliori e più confortanti risultati. Certamente il trattamento ostetrico ideale sarebbe la pronta estrazione del feto dopo rapida dilatazione della bocca uterina, qualora questa non costituisca già di per se un pericolo per la madre.

E a tale metodo, servendosi della dilatazione manuale o bimanuale

della bocca uterina, ricorsero con esito soddisfacente *Spiegelberg* (1) e più recentemente *Grandin* (2), *Harris* (3), *Marx* (4), *Fournier* (5), *Bonnaire* (6), *Treub* (7), *Sfameni* (8), ecc. Ora collo strumento del *Bossi* si ritorna al parto forzato, ma con un metodo e con mezzi più che tutti i congeneri, razionali. Infatti il dilatatore del *Bossi*, a parere nostro, fra i moderni dilatatori è quello che può dare i risultati migliori, tanto più che con esso verrebbero facilmente e senza gravi danni vinte stenosi cervicali assai ribelli.

Noi, per propria nostra esperienza non possiamo che lodarci dei risultati ottenuti con questo strumento in casi non complicati da placenta previa; ci mancano però osservazioni personali di casi nei quali questa complicazione esisteva. A decoro del metodo vi sono però i casi di *Ferri* (9), *De-Paoli* (10), *Bossi* (11), *Turazza* (12), *Olivieri, Zenoglio* (13), *Lederer* (14), *Keller* (15), *Leopold* (16), *Meyer* (17), *Pollak* (18), ecc., in totale in numero di 32, raccolti da *Montuoro* (19), casi con risultati ottimi poichè in essi la mortalità materna fu del 9,3 % (le 3 donne decedute furono operate già in gravissime condizioni) e la fetale, su 25 casi dei quali si conobbe l'esito con certezza, del 20 %.

Risultati felicissimi, che tali mantenendosi col moltiplicarsi dei casi nei quali verrà lo strumento applicato, porrebbero il metodo del Bossi in prima linea nella terapia della placenta previa.

***

In questi ultimi otto anni scolastici una sola volta si intervenne, in donna affetta da placenta previa, col taglio cesareo. Ma in quel caso che fu allora oggetto di comunicazione, per parte del mio Maestro, a questa R. Accademia di Medicina, alla placenta previa centrale si associavano fibromiomi dell' utero che avrebbero resa impossibile la espletazione del parto per le vie naturali. E fu precisamente questa seconda indicazione che ne decise alla *saectio caesarea*, non la placenta previa la quale di per se sola non ci sembra, in linea generale, indicazione sufficiente ad un atto operativo di prognosi materna assai più riservata che un intervento per *vaginam*.

(1) Spiegelberg: *Lehrbuch der Geburtshilfe* — 1881
(2) Graudin: *Am. Iourn. of. Obst.*, n. 1 — 1892.
(3) Harris: *Àm. Iourn. of. Obst.*, vol. XXVIII-XXIX — 1894.
(4) Marx: *Medic. Record.* — 1898, 2 Aprilo.
(5) Fournier: *L'Obstetrique* — 1900.
(6) Bonnaire: citato da Montuoro — Tesi di libera docenza — Genova, 1901.
(7) Treub: *Zent. f. Gyn.*, 1903 p. 1143.
(8) Sfameni: *Rass. d'Ost' e Ginec.* — Napoli, 1901. n. 1, 2, 3.
(9) Ferri: *Giornale per le levatrici* — Milano, 1893, pag. 91-93.
(10) De Paoli: Sul trattato della plac. previa col metodo Bossi.
(11) Bossi: Le applicazioni all'estero della dilat. mecc. immediata — Varese, 1903.
(12) Turazza: *Rivista Veneta di Sc. Mediche* — 1901, pag. 241.
(13) Olivieri- Zenoglio: citato da De-Paoli.
(14) Lederer: *Arch. f. Gyn.*, Bd 67 f. 8.
(15) Keller: *Arch. f.* Gyn.
(17) Meyer: citato da Montuoro.
(18) Pollak: citato da Montuoro.
(19) Montuoro: Il T. C. ed il Parto forzato in rapporto ecc. Genova - Tip. Stallo 1904.

L'entusiasmo che dapprima parve accogliere la proposta di elevare il taglio cesareo a mezzo di cura della placenta previa, tanto che il *Carbonelli* (1) giunse a proporre che con tal mezzo s' intervenisse « fin dal comparire della prima emorragia », è andato man mano scemando, e oggi ai propugnatori di tale troppo eroico trattamento ostetrico contraddicono le osservazioni di molti intese a moderarne lo slancio eccessivo e a diminuirne le indicazioni.

È ovvio che al taglio cesareo per la sola indicazione placenta previa non si può in via generale ricorrere che a migliorare la prognosi fetale: la prognosi materna, nonchè giovarsene, viene peggiorata sensibilmente. È quindi un miglioramento della prognosi fetale che viene a detrimento della prognosi materna.

Parlano con eloquenza le cifre della mortalità materna dedotta dalle su riportate più recenti statistiche, le quali, nel trattamento per *vaginam*, da un massimo di 9.4 % discendono ad un minimo di 5 %, mentre nel taglio cesareo per sola placenta previa tale cifra su 23 casi, fino ad ora noti, ascende a 17.5 %. E non conviene dimenticare che nella maggiore parte di questi casi l'operatore o già si trovava o aveva potuto mettersi nelle migliori condizioni di tempo, ambiente, assistenza, ecc., elementi di massima importanza nella prognosi di qualsiasi atto operatorio e in ispeciale modo laparatomico. A che salirebbe la mortalità materna se la *saectio caesarea* venisse eretta a vero e proprio metodo curativo della placenta previa? Non ci si potrebbe certamente basare, circa il prognostico per la madre, sul procento di mortalità materna dato odiernamente dal taglio cesareo praticato per altra indicazione ostetrica. Nella grande maggioranza dei casi la donna che ha il bacino viziato a tal segno da rendere necessario il taglio cesareo si presenta per tempo mettendo l'operatore in condizioni di potersi convenientemente preparare l' ambiente e di mettersi al sicuro da quelle cause di insuccesso così frequentemente legate a preparazione precipitata o insufficiente, ed è perciò che oggi la mortalità materna nel taglio cesareo per viziatura pelvica è relativamente bassa.

Ma nella placenta previa il più delle volte la metrorragia coglie la donna alla sprovvista, irruente improvvisamente, a domicilio. Avanti che l'ostetrico venga interpellato la donna passa per la trafila della levatrice i consigli della quale non sempre sono giusti nè le pratiche innocue: il tempo passa, la donna continua a perdere sangue e l' ostetrico, quando giunge, non ha sovente che il tempo di riparare prontamente, con conveniente ma rapido trattamento, alla gravità del caso! Ne possono informare i dirigenti le Guardie Ostetriche di tutti i paesi, e quelli che al pratico esercizio della Ostetricia si dànno in particolare modo!

Il trattamento ostetrico quindi nella grande maggioranza dei casi, per necessità di circostanze, viene iniziato per via vaginale. Dovrebbe allora l'ostetrico, provvisto alle prime necessità del caso, disporre o fare disporre per il taglio cesareo? quante difficoltà da vincere morali e materiali! E almeno questo nuovo indirizzo terapeutico valesse a migliorare la prognosi materna: ma poichè questa viene notevolmente peggiorata perchè ricorrere,

(1) CARBONELLI: *Il Progresso Medico* — Anno I, N. 16, pag. 159.

erigendola a sistema, ad una nuova via pericolosa che solo pochi possono battere lasciando i mezzi che dalla maggioranza possono essere esperiti e con risultati soddisfacenti?

Per migliorare la prognosi fetale? Ma la vitalità del feto di madre affetta da grave forma di placenta previa è il più delle volte assai problematica: troppo sovente si tratta di feti prematuri e per di più anemici che, anche estratti vivi finiscono poi per soccombere nei primi tempi di vita.

La mortalità fetale (calcolando come morti i feti non vitali) in seguito a taglio cesareo per placenta previa considerando tutti i casi per ora noti, comprèsi quelli nei quali la previetà della placenta non costituiva la sola e neppure la prima indicazione, in numero di 32 (casi raccolti da *Raineri* (1) ai quali aggiungo quello di *Ferri* (2), quello di *Merletti* (3), risulta calcolando su 34 feti (per 2 casi di gravidanza gemellare) del 47 %, cifra che aumenta al 67.64 % qualora si volesse tenere calcolo che 7 feti, molto prematuri, morirono brevissimo tempo dopo la nascita; e pei soli casi nei quali l'indicazione unica all'atto operativo fu la inserzione viziosa della placenta (casi N. 23) essa fu (calcolando come morti due feti non vitali) del 37.5 %. Infatti di 24 feti (una gravidanza fu gemellare) 2 non erano vitali, 7 furono estratti morti: solamente 15 nacquero vivi.

Risultati ben poco incoraggianti anche per la prognosi fetale tanto più se si volesse anche qui tenere conto che 3 dei feti estratti vivi, molto prematuri, morirono poco dopo la nascita; la mortalità fetale salirebbe in tal caso a 50 %!

(1) RAINERI: *Atti della Soc. Ital. di Ost. e Gin.* — Vol. XII, pag. 410.

(2) FERRI: *Atti della Soc. Ital. di Ost. e Gin.* — Vol. XII, pag. 421.

(3) MERLETTI: *Comunicazione alla Società Ostetrica Emiliana* — 1904.

(4) Riportati da RAINERI, loc. cit.

(*) Già avevo redatte queste mie osservazioni quando comparve, sulla *Rassegna di Ost. e Gin.* (N. 3 del 1905), la nota del Dott. F. Zamboni « Taglio cesareo per placenta previa ».

I risultati ottenuti dallo Zamboni, in 5 casi, risultati ottimi *quo ad vitam*, per la madre e per il feto, vengono a modificare alquanto le cifre da me riportate circa la mortalità materna e fetale nel T. C. per placenta previa. Infatti la prima scenderebbe dal 17.5 % al 14.28 % e la seconda dal 37.5 % al 30 %. Questo miglioramento ottenuto nella prognosi fetale se è da ascriversi al felice risultato operatorio ottenuto dallo Zamboni così per la madre che per il feto è però dovuto in parte non trascurabile anche al fatto che in uno dei casi si trattava di gravidanza gemellare; e un feto vivo in più in una statistica di soli 28 casi non è certo una quantità trascurabile.

In riguardo alla mortalità materna genericamente considerata (sia per T. C. conservatore o demolitore), se questa, grazie ai 5 recenti casi, risulta minore, non si può a meno di constatare che essa rimane ancora assai elevata: circa il triplo di quanto noi ottenemmo, su 100 casi di placenta previa, con un trattamento per *vaginam*. Inoltre di 6 donne da lui operate, lo Zamboni, ne sterilizzò 3 e con un metodo (ampulazione utero-ovarica alla Porro) che viene a privare la donna non solo dell'utero, ma anche delle ovaie l'importanza delle quali nel metabolismo organico va ritenendosi sempre maggiore.

E poichè dobbiamo ritenere che, come lo Zamboni, così gli altri operatori che, praticando il T. C. per placenta previa, si decisero alla sterilizzazione delle loro operate (9 casi su 23) si trovarono di fronte a circostanze speciali, forse inerenti alla indicazione stessa all'atto operativo, che rendevano necessario un tale trattamento operatorio demolitore, oggi che la ginecologia tende e con ragione ad essere eminentemente conservativa, noi dobbiamo annoverare questa troppo frequente sterilizzazione della donna fra gli argomenti che militano contro il T. C. eretto a sistema nella cura della placenta previa.

OPERATORE	ESITO		OPERATORE	ESITO	
	per la madre	per il feto		per la madre	per il feto
Bernays	viva	morto	Dormoghue	morta	vivo
Hippa e Hubert	morta	»	Omboni	viva	»
Braun	viva	vivo (morto poco dopo)	Truesdale	»	vivo (morto poco dopo)
»	»	» (morto dopo 2 giorni)	Villard	»	non vit.
			Swit	»	vivo
Mattoli	»	morto	Deaver	»	»
Dormoghue	»	vivo	Iry	»	non vit.
M. C. Calle	»	»	Zamboni	»	vivi gravidanza gemellare
Covington	»	»			
Gillette	morta	»	Calzolari	»	morto
Hare	»	»	Tait	»	»
Pestalozza	viva	morto			
Carbonelli	»	vivo			
Couvoy	»	morto			

La prematuranza del feto è da considerarsi una grave controindicazione al taglio cesareo, nella placenta previa, ad esclusivo vantaggio fetale: esso non dovrebbe, per tale scopo, mai venire praticato nei primi otto mesi di gravidanza, poichè noi sappiamo quali probabilità di vivere hanno i feti molto prematuri specialmente quando gravi o ripetute metrorragie materne ne hanno resa più fragile la debole costituzione. In tali casi riteniamo non debba esitarsi a procedere per *vaginam*, trattamento che pure non togliendo tutte le probabilità di vita al feto è assai meno pericoloso per la madre.

Ma questa controindicazione, prematuranza del feto, il taglio cesareo la troverebbe nella maggior parte dei casi più gravi nei quali forse potrebbe trovare indicazione per riguardo alla madre, nella maggior parte cioè dei casi di placenta previa centrale e nelle forme marginali più gravi: invece in quelle forme nelle quali più frequentemente la gravidanza si avvicina o giunge al suo termine e il feto di conseguenza è bene sviluppato sorgerebbe un'altra controindicazione: si tratta il più delle volte di casi non gravi nei quali un trattamento curativo per *vaginam*, sovente di massima semplicità, è più che sufficiente a frenare definitivamente la metrorragia materna con migliorata prognosi fetale.

Così che su una lunga serie di casi di placenta previa il taglio cesareo quando anche si volesse pensare ad applicarlo a pro della madre sovente troverebbe controindicazione nella premorienza o prematuranza del feto; e quando tali controindicazioni non esistono esse spesso sono sostituite da altre: le migliorate prognosi materna e fetale, con un semplice trattamento per *vaginam*.

Analizzando, con severità di cernita, in quanti e quali dei 100 casi di placenta previa da me raccolti il taglio cesareo sarebbe stato veramente indicato o giustificabile e possibile a praticarsi, dobbiamo innanzi tutto fare astrazione da quei casi, in numero di 40, nei quali il trattamento per *vaginam* ebbe esito felice e per la madre e per il feto. Rimangono così 60 casi nei quali il feto fu espulso od estratto morto. Ma di questi 60 feti nati-morti

3 erano in via di macerazione;
3 immaturi (non oltre il VI mese);
14 avevano raggiunto appena la fine del VII mese.

E quindi di soli 40 feti (20 dei quali entrati nell'VIII mese di vita intrauterina e 20 nel IX mese o a termine di gravidanza) che possiamo tenere conto, come quelli pei quali la prognosi sarebbe eventualmente stata migliorata dal taglio cesareo.

Ma di questi 40 feti ben 11 erano premorti all' atto operativo il che riduce ancora notevolmente i casi nei quali la morte del feto avrebbe forse potuto evitarsi con diverso indirizzo curativo.

Rimangono così 29 casi da prendersi in considerazione, i quali si riducono ancora a 22 poichè sette donne (5 delle quali soccombettero) si trovavano in così gravi condizioni da non resistere certamente ad un notevole trauma operativo.

Anche non volendo tenere calcolo, come pure si dovrebbe, che in non pochi di questi casi si trattava di placenta previa marginale a sintomatologia non grave e coesistevano condizioni della vagina e dell'utero, tali da dare i migliori affidamenti circa gli esiti di un intervento per *vaginam*, di questi feti quanti ne sarebbero periti nel lasso di tempo intercorso fra le prime prestazioni di urgenza e l' intervento per via addominale che abbisogna sempre di un certo tempo preparatorio? specialmente in quei casi (la maggioranza) nei quali la donna fu visitata a domicilio e colà d'urgenza venne iniziata la cura? l' attesa e più ancora il trasporto in Clinica sarebbero stati inocui al feto e in certi casi alla madre?

Se poi noi volessimo, il che ci sembra assai giusto, ritenere col *Guicciardi* (1) che il taglio cesareo possa « essere preso in considerazione *solo* nella forma centrale » poichè, come si disse, in non pochi di questi casi, si trattava di forma marginale, noi vedremmo a maggior ragione, rendersi sempre più ristretta la indicazione all' operazione cesarea.

Questi quesiti a implicita risposta, queste considerazioni, a mio modo di vedere stanno decisamente contro il taglio cesareo eretto a sistema curativo della placenta previa, taglio cesareo che se teoricamente è già discutibile, praticamente non potrebbe essere applicabile con buon profitto che in un limitato numero di casi.

(1) GUICCIARDI; loco citato.

Potrà restare una via da seguirsi, in quei casi nei quali alla placenta previa centrale si associno altre indicaz.oni « anche relative » (come vuole *Vicarelli*) all'operazione cesarea, ovvero come ritiene *Miller* (1) e *Pestalozza* e *Guzzoni degli Ancarani* (2) espongono nel loro trattato, quando il feto sia vivo, la donna sia primipara, la placenta sia centrale e il collo dell' utero eccezionalmente rigido, combinazione, osserva *Morisani* (3) assai rara e che nei 100 casi da me raccolti mai ebbe a verificarsi.

Per tal modo, senza giungere al pessimismo, di *Olshausen* (4), alla stregua di una giusta e coscienziosa valutazione delle indicazioni, la statistica del taglio cesareo per inserzione viziosa della placenta è da ritenersi non diventi molto ricca di casi: caduto l' entusiasmo che tende a sollevare ogni nuova via che si schiude, una sana reazione sorgerà, già è sorta, considerando che non è « giustificato esporre maggiormente la vita della madre per una incerta salvezza e vitalità del feto » (6).

Seguono **TABELLE STATISTICHE**

---

(1) MILLER: Placenta praevia - *Zent f. Gyn.* - 1903, pag. 712.
(2) PESTALOZZA e GUZZONI DEGLI ANCARANI: *Trattato d'ostetricia*, p. 823.
(3) MORISANI: *Manuale delle operazioni*, ecc.
(4) OLSHAUSEN *Zür lehre Von Kaiserschitt*. Zent. f. Gyn. 1906.
(5) VICARELLI: Loco citato.

N. progressivo	Anno scolastico	N. di cedola o di registro	Età e professione della donna	Gravidanze pregresse	Epoca di inizio delle metrorragie	Condizioni della donna al momento dell'intervento	Inserzione della placenta	Trattamento ostetrico	FETO		ESITI	
									Età di vita intrauterina mese	Presentazione	per il feto	per la madre
1	99-00	251	a. 30 casaling.	1	da un mese (1 insulti emorragici).	gravissime per anemia	centr.	Tamponamento vaginale. Rivolgimento Braxton-Hicks.	VII.	cefal.	morto	anemia in puerperio.
2	»	261	a. 42 contad.	5	da 40 giorni (3 insulti emorragici).	discrete entra tamponata	»	Sacchetto nell'utero. Tamponamento vaginale. Rivolgimento interno.	VIII.	trasv.	morto	puerperio fisiologico.
3	»	322	a. 24 casaling.	2	da un mese (due insulti emorragici).	discrete	»	Rivolgimento Braxton-Hicks.	VIII.	cefal.	premorto	»
4	»	157	a. 31 casaling.	2	da 7 giorni ripetute emorragie).	discrete	»	»	VIII.	»	morto	»
5	»	312	a. 36 casaling.	6	da 15 giorni ripetute emorragie).	gravissime per anemia	»	Tamponamento vaginale.	»	»	»	muore prima di sgravarsi.
6	900-01	10	a. 34 casaling.	3	da 20 giorni (due insulti emorragici).	discrete	»	Abbassamento profilattico di un arto inf. fetale.	IX.	podal.	premorto	Puerperio febbrile. Guarigione.
7	»	380	a. 32 casaling.	7	da 20 giorni (emorragie lievi, ripetute).	discrete	»	Tamponamento vaginale. Sacchetto nell' utero. Rivolgimento interno.	VIII.	cefal.	morto	puerperio fisiologico.

N. progressivo	Anno scolastico	N. di cedola o di registro	Età e professione della donna	Gravidanze pregresse	Epoca di inizio delle metrorragie	Condizioni della donna al momento dell' intervento	Inserzione della placenta	Trattamento ostetrico	FETO		ESITI	
									Età di vita intrauterina mese	Presentazione	per il feto	per la madre
8	»	76	a. 41 casaling.	6	da 10 giorni.	gravi per anemia	centr.	Rivolgimento Braxton-Hicks.	»	trasv.	»	»
9	01-02	172	a. 27 casaling.	1	da 3 giorni (due insulti emorragici).	discrete	»	»	IX	cefal.	vivo	puerperio lievemente febbrile.
10	»	205	a. 39 casaling.	9	da due giorni.	discrete distocia del collo	»	Tamponamento vaginale Dilatazione forzata. Embriotomia sul tronco.	VII.	trasv.	morto	»
11	»	257	a. 30 casaling.	10	periodo prodromico. (grave metrorragia).	discrete	»	Rivolgimento Braxton-Hicks.	VIII	cefal.	morto	puerperio febbrile guarigione.
12	»	320	a. 32 casaling.	7	da 24 ore a intervalli.	»	»	Tamponamento vaginale Sacchetto nell'utero Rivolgimento classico.	VII.	trasv.	morto e macerato	puerperio fisiologico.
13	»	349	a. 37 casaling.	3	periodo prodromico.	»	»	Rivolgimento Braxton-Hiks.	VIII.	cefal.	morto	»
14	02-03	82	a. 26 casaling.	—	da 15 giorni.	discrete Entra tamponata	»	»	VIII.	»	vivo	»

N. progressivo	Anno scolastico	N. di cedola o di registro	Età e professione della donna	Gravidanze progresse	Epoca di inizio delle metrorragie	Condizioni della donna al momento dell' intervento	Inserzione della placenta	Trattamento ostetrico	FETO		ESITI	
									Età di vita intrauterina mese	Presentazione	per il feto	per la madre
15	»	13	a. 24 casaling.	—	da 7 ginrni (due insulti emorragici).	discrete	centr.	Rivolgimento Braxton-Hicks.	VII.	cefal.	morto	»
16	»	195	a 25 casaling.	3	da due mesi (tre insulti emorragici).	gravi per anemia	»	Tamponamenti vaginali Rivolgimento interno	»	trasv.	»	anemia in puerperio.
17	»	196	a. 21 casaling.	I	periodo prodromico.	buone	»	»	»	»	»	puerperio fisiologico.
18	»	409	a. 44 casaling.	12	da un mese (due insulti emorragici).	gravi per anemia	»	Rivolgimento Braxton Hicks.	IX.	cefal	»	»
19	03-04	270	a. 32 operaia	2	da due mesi (quattro insulti emorragici).	discrete	»	Tamponamenti vaginali Rivolgimento interno	VIII.	trasv.	vivo	»
20	»	166	a. 34 operaia	2	da tre giorni.	buone	»	Rivolgimento Braxton-Hicks.	IX.	cefal.	morto	»
21	»	431	a. 22 casaling.	I	da 12 ore.	discrete	»	Tamponamento vaginale Rivolgimento Braxton-Hicks.	VII.	»	vivo	»

N. progressivo	Anno scolastico	N. di cedola o di registro	Età e professione della donna	Gravidanze pregresse	Epoca di inizio delle metrorragie	Condizioni della donna al momento dell' intervento	Inserzione della placenta	Trattamento ostetrico	FETO Età di vita intrauterina mese	FETO Presentazione	ESITI per il feto	ESITI per la madre
22	04-05	124	a. 40 portinaia	5	da 15 giorni (tre insulti emorragici).	»	centr.	Rivolgimento Braxton-Hicks.	VIII.	trasv.	premorto	»
23	»	287	a. 41 casaling.	12	da 15 giorni (ripetuti insulti emorragici.	gravi per anemia	»	Tamponamento vaginale Rivolgimento Braxton-Hicks.	a termine	»	»	puerperio febbrile.
24	»	415	a. 28 sarta	4	da 14 giorni ripetute metrorragie.	»	»	»	VIII.	cefal.	morto	puerperio fisiologico.
25	»	186	a. 30 casaling.	1	metrorragie da due giorni.	discrete	»	Rivolgimento Braxton-Hicks.	VII.	»	vivo	»
26	»	280	a. 29 casaling.	3	da 12 ore a brevi intervalli.	»	»	»	VIII.	»	morto	»
27	»	366	a. 28 casaling.	1	scarse metrorragie da due ore.	»	»	»	»	»	»	»
28	»	399	a. 32 casaling.	4	da un mese ripetute metrorragie.	gravi per anemia	»	Abbassamento di un piede fetale. Lenta estrazione podalica.	VII	podal.	»	»

N. progressivo	Anno scolastico	N. di cedola o di registro	Età e professione della donna	Gravidanze pregresse	Epoca di inizio delle metrorragie	Condizioni della donna al momento dell' intervento	Inserzione della placenta	Trattamento ostetrico	FETO		ESITI	
									Età di vita intrauterina mese	Presentazione	per il feto	per la madre
29	04·05	**444**	a. 32 casaling.	I	da 12 ore ad intervalli.	discrete Entra tamponata	centr.	Rivolgimento Braxton-Hicks.	VIII.	trasv.	morto	puerperio fisiologico.
30	09·06	199	a. 34 sarta	I	da 4 giorni ripetute emorragie.	discrete anemica	»	Abbassamento di un piede fetale; lenta estrazione podalica.	VIII.	podal.	»	»
31	»	317	a. 42 casaling.	6	periodo prodromico.	gravissime per anemia	»	»	a termine	»	»	muore per anemia acuta.
32	»	**156**	a. 28 casaling.	3	da molte ore metrorragie ripetute.	»	»	Rivolgimento Braxton-Hicks.	VII.	trasv.	»	»
33	»	**165**	a. 37 casaling.	5	da 1 mese ripetute metrorragie.	assai anemica	»	»	VIII.	cefal.	»	puerperio fisiologico.
34	»	**321**	a. 32 casaling.	5	da 7 ore grave metrorragia.	gravissime per anemia	»	Tamponamento vaginale Fasciatura addominale.	»	»	premorto	muore per anemia ad utero pieno.
35	»	**333**	a. 26 casaling.	—	da 1 mese ripetute metrorragie.	discrete	»	Tamponamento vaginale Rivolgimento Braxton-Hicks.	»	»	morto	puerperio fisiologico.

N. progressivo	Anno scolastico	N. di cedola o di registro	Età e professione della donna	Gravidanze progresse	Epoca di inizio delle metrorragie	Condizioni della donna al momento dell' intervento	Inserzione della placenta	Trattamento ostetrico	FETO		ESITI	
									Età di vita intrauterina mese	Presentazione	per il feto	per la madre
36	06-07	60	a. 33 casaling.	3	da 1 mese ripetute metrorragie.	gravi per anemia	centr.	Tamponamento vaginale Rivolgimento Braxton-Hicks.	VIII.	cefal.	morto	puerperio fisiologico.
37	»	178	a. 39 casaling.	12	da 15 giorni ripetute metrorragie.	discrete	»	Rivolgimento Braxton-Hicks.	IX.	»	vivo	»
38	»	225	a. 33 casaling.	—	da poche ore.	buone	»	»	VII.	»	morto	»
39	»	107	a. 23 casaling.	—	da 2 giorni perde sangue ad intervall.	»	»	Tamponamento vaginale Rivolgimento Braxton-Hicks.	»	trasv.	»	puerperio lievemente febbrile.
40	»	142	a. 33 casaling.	—	da 8 giorni ripetute metrorragie.	»	»	Rivolgimento Braxton-Hicks.	VIII.	cefal.	»	puerperio fisiologico.
41	»	150	a. 38 casaling.	2	da 12 giorni (2 ripetuti insulti emorragici).	discrete	»	Tamponamenti vaginali Rivolgimento Braxton-Hicks.	IX.	»	»	»
42	99-00	422	a. 42 contadin.	—	da 3 giorni ripetute metrorragie.	»	marg.	Amnioressi.	VIII.	»	morto e macerato	»

N. progressivo	Anno scolastico	N. di cedola o di registro	Età e professione della donna	Gravidanze pregresse	Epoca di inizio delle metrorragie	Condizioni della donna al mom. nto dell' intervento	Inserzione della placenta	Trattamento ostetrico	FETO		ESITI	
									Età di vità intrauterina mese	Presentazione	per il feto	per la madre
43	99-00	223	a. 24 tessitrice	3	periodo prodromico.	buone	marg.	Amnioressi.	IX.	cefal.	vivo	puerperio fisiologico.
44	»	386	a. 24 contadin.	3	scarse metrorragie da circa un mese.	discrete	»	»	VI.	»	premorto	»
45	»	410	a. 43 casaling.	10	da 15 giorni (2 insulti emorragici).	»	»	Amnioressi. Estrazione podalica.	VIII.	podal.	vivo	»
46	»	297	a. 26 casaling.	5	lievi metrorragie da 8 giorni.	buone	»	Tamponamento vaginale Amnioressi.	a termine	cefal.	premorto	»
47	»	70	a. 38 casaling.	—	periodo prodromico.	discrete	»	Amnioressi. Rivolgimento interno.	»	trasv.	morto	»
48	»	92	a. 36 casaling.	7	»	»	»	Rivolgimento Braxton-Hicks.	»	»	vivo	»
49	»	160	a. 40 casaling.	6	»	»	»	Tamponamento vaginale Amnioressi.	»	cefal.	»	»

N. progressivo	Anno scolastico	N. di cedola o di registro	Età e professione della donna	Gravidanze pregresse	Epoca di inizio delle metrorragie	Condizioni della donna al momento dell' intervento	Inserzione della placenta	Trattamento ostetrico	FETO		ESITI	
									Età di vita intrauterina mese	Presentazione	per il feto	per la madre
50	99-00	258	a. 45 domestic.	7	periodo prodromico.	discrete	marg.	Rivolgimento Braxton-Hicks.	a termine	trasv.	vivo	puerperio fisiologico.
51	900 01	61	a. 22 sarta	—	da 20 giorni (2 insulti emorragici).	discrete entra tamponata	»	Amnioressi.	VIII.	cefal.	»	»
52	»	339	a. 20 casaling.	—	periodo prodromico.	buone	»	Estrazione podalica.	VII.	podal	»	»
53	»	347	a. 43 casaling.	10	»	discrete	»	Amnioressi. Sacchetto nell'utero. Estrazione podalica.	IX.	»	premorto	»
54	»	193	a. 20 casaling.	1	»	buone	»	Amnioressi. Rivolgimento classico.	a termine	trasv.	vivo	»
55	01-02	133	a. 26 casaling.	1	all' inizio del travaglio.	»	»	Amnioressi.	IX.	cefal.	morto	»
56	»	142	a. 27 casaling.	3	»	discrete	»	»	»	»	vivo	puerperio leggermente febbrile.

N. progressivo	Anno scolastico	N. di cedola o di registro	Età e professione della donna	Gravidanze pregresse	Epoca di inizio delle metrorragie	Condizioni della donna al mom. nto dell' intervento	Inserzione della placenta	Trattamento ostetrico	FETO		ESITI	
									Età di vita intrauterina mese	Presentazione	per il feto	per la madre
43	99-00	223	a. 24 tessitrice	3	periodo prodromico.	buone	marg.	Amnioressi.	IX.	cefal.	vivo	puerperio fisiologico.
44	»	386	a. 24 contadin.	3	scarse metrorragie da circa un mese.	discrete	»	»	VI.	»	premorto	»
45	»	410	a. 43 casaling.	10	da 15 giorni (2 insulti emorragici).	»	»	Amnioressi. Estrazione podalica.	VIII.	podal.	vivo	»
46	»	297	a. 26 casaling.	5	lievi metrorragie da 8 giorni.	buone	»	Tamponamento vaginale Amnioressi.	a termine	cefal.	premorto	»
47	»	70	a. 38 casaling.	—	periodo prodromico.	discrete	»	Amnioressi. Rivolgimento interno.	»	trasv.	morto	»
48	»	92	a. 36 casaling.	7	»	»	»	Rivolgimento Braxton-Hicks.	»	»	vivo	»
49	»	160	a. 40 casaling.	6	»	»	»	Tamponamento vaginale Amnioressi.	»	cefal.	»	»

N. progressivo	Anno scolastico	N. di cedola o di registro	Età e professione della donna	Gravidanze pregresse	Epoca di inizio delle metrorragie	Condizioni della donna al momento dell' intervento	Inserzione della placenta	Trattamento ostetrico	FETO		ESITI	
									Età di vita intrauterina mese	Presentazione	per il feto	per la madre
50	99-00	258	a. 45 domestic.	7	periodo prodromico.	discrete	marg.	Rivolgimento Braxton-Hicks.	a termine	trasv.	vivo	puerperio fisiologico.
51	900 01	61	a. 22 sarta	—	da 20 giorni (2 insulti omorragici).	discrete entra tamponata	»	Amnioressi.	VIII.	cefal.	»	»
52	»	339	a. 20 casaling.	—	periodo prodromico.	buone	»	Estrazione podalica.	VII.	podal	»	»
53	»	347	a. 43 casaling.	10	»	discrete	»	Amnioressi. Sacchetto nell'utero. Estrazione podalica.	IX.	»	premorto	»
54	»	193	a. 20 casaling.	1	»	buone	»	Amnioressi. Rivolgimento classico.	a termine	trasv.	vivo	»
55	01-02	133	a. 26 casaling.	1	all'inizio del travaglio.	»	»	Amnioressi.	IX.	cefal.	morto	»
56	»	142	a. 27 casaling.	3	»	discrete	»	»	»	»	vivo	puerperio leggermente febbrile.

N. progressivo	Anno scolastico	N. di cedola o di registro	Età e professione della donna	Gravidanze pregresse	Epoca di inizio delle metrorragie	Condizioni della donna al momento dell'intervento	Inserzione della placenta	Trattamento ostetrico	FETO		ESITI	
									Età di vita intrauterina mese	Presentazione	per il feto	per la madre
57	01-02	217	a. 43 casaling.	5	da 8 giorni (8 insulti emorragici).	discrete	marg.	Amnioressi.	IX.	cefal.	vivo	puerperio leggermente febbrile.
58	»	371	a. 42 casaling.	9	periodo prodromico.	buone	»	Estrazione podalica.	»	podal.	»	puerperio fisiologico.
59	»	251	a. 39 casaling.	3	periodo prodromico (grave metrorragia).	discrete	»	Rivolgimento Braxton-Hicks.	a termine	cefal.	»	puerperio leggermente febbrile.
60	»	371	a. [illegible]4 casaling.	3	periodo prodromico.	»	»	»	IX.	»	morto	puerperio fisiologico.
61	02-03	55	a. [illegible]6 operaia	1	»	»	»	Tamponamento vaginale Rivolgimento Braxton Hicks.	a termine	»	»	»
62	»	206	a. 45 casaling.	7	all'inizio del travaglio.	buone	»	Amnioressi.	IX.	»	vivo	»
63	»	223	a. 33 casaling.	4	da 15 giorni (3 insulti emorragici).	grave per anemia	»	Rivolgimento Braxton-Hicks.	VIII.	trasv.	morto	puerperio leggermente febbrile.

N. progressivo	Anno scolastico	N. di cedola o di registro	Età e professione della donna	Gravidanze progresse	Epoca di inizio delle metrorragie	Condizioni della donna al momento dell'intervento	Inserzione della placenta	Trattamento ostetrico	FETO: Età di vita intrauterina mese	FETO: Presentazione	ESITI: per il feto	ESITI: per la madre
64	02-03	291	a. 27 serva	I	da 15 giorni (2 insulti emorragici).	grave per anemia	marg.	Rivolgimento Braxton-Hicks.	IX.	cefal.	morto	puerperio fisiologico.
65	»	431	a. 29 casaling.	6	periodo prodromico.	gravissime per anemia	»	»	»	»	vivo	muoro per anemia acuta.
66	»	58	a. 30 sarta	I	»	discrete	»	Embriotomia sul tronco.	»	trasv.	premorto	puerperio fisiologico.
67	»	74	a. 32 sarta	5	»	buone	»	Amnioressi.	a termine	cefal.	vivo	»
68	»	92	a. 37 casaling.	3	da 15 giorni (4 insulti emorragici).	grave	»	Rivolgimento Braxton-Hicks.	IX.	»	morto	»
69	»	187	a. 36 casaling.	8	periodo prodromico.	discrete	»	Amnioressi. Estrazione podalica.	»	podal.	vivo	»
70	»	270	a. 33 casaling.	—	»	buone	»	Amnioressi.	a termine	cefal.	»	»

N. progressivo	Anno scolastico	N. di cedola e di registro	Età e professione della donna	Gravidanze pregresse	Epoca di inizio delle metrorragie	Condizioni della donna al momento dell'intervento	Inserzione della placenta	Trattamento ostetrico	FETO: Età di vita intrauterina mese	FETO: Presentazione	ESITI: per il feto	ESITI: per la madre
71	02-03	297	a. 4[illegible] casalinga	5	periodico prodromico.	buone	marg.	Amnioressi. Sacchetto nell'utero. Rivolgimento interno.	VIII.	cefal.	vivo	puerperio fisiologico.
72	»	308	a. 41 lavand.	8	»	discrete gravidanza gemellare	»	Tamp. vaginali. Fasciatura addominale. Rivolg. classico (1. feto). Estraz. podalica (2. feto).	»	1. trasv. 2. pod.	» »	»
73	»	369	a. 40 casalinga	9	da 25 giorni (3 insulti emorragici).	grave per anemia	»	Amnioressi. Sacchetto nell'utero. Rivolgimento interno.	VII.	trasv.	morto	»
74	03-04	110	a. [illegible]0 casalinga	5	periodo prodromico.	buone	»	Rivolgimento interno.	a termine	»	»	»
75	»	192	a. 32 casalinga	3	da 15 giorni (2 insulti emorragici).	discrete	»	»	IX.	cefal.	»	»
76	»	286	a. [illegible]5 casalinga	5	periodo prodromico.	buone	»	»	a termine.	»	vivo	»
77	»	301	a. 23 casalinga	—	»	»	»	Rivolgimento Braxton-Hicks.	IX.	»	»	»

N. progressivo	Anno scolastico	N. di cedola o di registro	Età e professione della donna	Gravidanze pregresse	Epoca di inizio delle metrorragie	Condizioni della donna al momento dell' intervento	Inserzione della placenta	Trattamento ostetrico	FETO		ESITI	
									Età di vita intrauterina mese	Presentazione	per il feto	per la madre
78	04-05	69	a. 28 casalinga	7	periodo prodromico.	discrete	marg.	Amnioressi.	IX.	cefal.	vivo	puerperio fisiologico.
79	»	181	a. 35 portinaia	2	da 4 giorni lievi emorragie.	»	»	Tamponamento vaginale Rivolgimento interno.	a termine	»	»	puerperio febbrile.
80	»	224	a. 30 casalinga	3	da 10 giorni (ripetute emorragie).	grave per anemia	»	Rivolgimento Braxton-Hicks.	»	»	morto	»
81	»	270	a. 41 casalinga	6	da 2 mesi (insulti emorragici ripetuti).	discrete	»	Amnioressi.	»	»	vivo	puerperio fisiologico.
82	»	454	a 24 contadina	1	periodo prodromico.	»	»	»	VI.	»	morto	»
83	»	7	a. 30 casalinga	2	»	buone	»	Rivolgimento interno.	a termine	trasv.	vivo	»
84	»	164	a. 26 casalinga	3	»	»	»	Tamponamento vaginale. Amnioressi.	»	cefal.	»	»

N. progressivo	Anno scolastico	N. di cedola o di registro	Età e professione della donna	Gravidanze pregresse	Epoca di inizio delle metrorragie	Condizioni della donna al momento dell'intervento	Inserzione della placenta	Trattamento ostetrico	FETO		ESITI	
									Età di vità intrauterina mese	Presentazione	per il feto	per la madre
85	04-05	171	a. 38 casalinga	4	periodo prodromico.	discrete	marg.	Amnioressi. Abbassamento profilattico di un piede fetale. Lenta estrazione del feto.	a termine	podal.	premorto	puerperio fisiologico.
86	»	217	a. 25 casalinga	1	all'inizio del travaglio.	buone	»	Tamponamento vaginale. Amnioressi.	VI.	cefal.	morto	»
87	»	386	a. 45 casalinga	7	periodo prodromico.	»	»	Amnioressi.	VIII.	»	vivo	»
88	05-06	415	a. 31 casalinga	3	»	»	»	»	IX.	»	»	»
89	»	65	a. 29 casalinga	—	»	»	»	Rivolgimento Braxton-Hicks.	VII.	trasv.	morto	»
90	»	209	a. 24 casalinga	—	»	»	»	Tamponamento vaginale. Amnioressi.	VIII.	cefal.	vivo	»
91	»	270	a. 32 casalinga	4	inizio del travaglio.	»	»	Rivolgimento Braxton-Hicks.	IX.	trasv.	»	»

N. progressivo	Anno scolastico	N. di cedola o di registro	Età e professione della donna	Gravidanze pregresse	Epoca di inizio delle metrorragie	Condizioni della donna al momento dell' intervento	Inserzione della placenta	Trattamento ostetrico	FETO		ESITI	
									Età di vita intrauterina mese	Presentazione	per il feto	per la madre
92	05-06	328	a. 35 casalinga	6	inizio del travaglio.	discrete	marg.	Rivolgimento Braxton-Hicks	VIII.	cefal.	morto	puerperio fisiologico.
93	»	379	a. 29 casalinga	5	periodo prodromico.	buone	»	Tamponamento vaginale. Amnioressi.	IX.	»	vivo	»
94	06-07	191	a. 49 casalinga	4	»	discrete	»	Rivolgimento Braxton-Hicks.	»	»	morto	»
95	»	229	a. 21 casalinga	1	alcune ore prima dell'inizio del travaglio.	discrete entra tamponata.	»	Tamponamenti vaginali. Embriotomia sul tronco.	VIII.	trasv.	morto con inizio di maceraz.	puerperio febbrile.
96	»	231	a. 31 casalinga	5	periodo prodromico.	discrete entra tamponata	»	Amnioressi.	IX.	cefal.	vivo	puerperio fisiologico.
97	»	343	a. 38 sarta	1	»	buone	»	»	»	»	»	»
98	»	422	a. 26 contadina	7	»	»	»	Rivolgimento interno.	VII.	trasv.	»	»

N. progressivo	Anno scolastico	N. di cedola o di registro	Età e professione della donna	Gravidanze pregresse	Epoca di inizio delle metrorragie	Condizioni della donna al momento dell' intervento	Inserzione della placenta	Trattamento ostetrico	FETO		ESITI	
									Età di vita intrauterina mese	Presentazione	per il feto	per la madre
99	06-07	**176**	a. 41 casalinga	18	da 4 giorni lievi metrorragie.	buone gravidanza gemellare	marg.	Rivolg. Braxton - Hicks (1. feto) Amnioressi (2. sacco).	VII.	1. tras 2. cefal.	morto	puerperio fisiologico.
100	»	**420**	a. 32 casalinga	1	periodo prodromico.	buone	»	Tamponamento vaginale. Amnioressi.	a termine	cefal.	vivo	»

N.B. — I numeri di cedola o registro scritti in grassetto occorsero nella Guardia Ostetrica.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Torino

DIRETTO DAL PROF. G. VICARELLI

Sul comportamento dei leucociti eosinofili

nelle infezioni puerperali

NOTE CLINICHE

PER IL DOTT. ERMANNO SIGNORIS

Interno della Clinica

Durante un biennio di permanenza alla Clinica ostetrico-ginecologica della R. Università di Torino, per consiglio del mio Maestro Prof. Vicarelli, ebbi campo di seguire in alcune forme di infezioni puerperali più o meno gravi, con esiti varî, il comportamento dei leucociti eosinofili, ed in qualche caso mi fu possibile praticare esami abbastanza numerosi durante tutto il decorso dell'infezione.

Quantunque il modo di comportarsi, numericamente, degli eosinofili nel puerperio infezioso sia già stato oggetto di studio, purtuttavia non mi parve del tutto privo di interesse il portare anch'io un modesto contributo all'argomento, per vedere se il significato dell'eosinofilo nelle infezioni puerperali, non dovesse avere un campo più limitato di quello che forse gli si volle attribuire dal lato della prognosi.

In queste mie ricerche mi furono di valido aiuto i consigli del mio Maestro Prof. Vicarelli e del di lui Aiuto Dott. Soli, ai quali sento il dovere di rivolgere i miei sentiti ringraziamenti.

*
* *

Lo studio della formula leucocitaria in questi ultimi anni formò argomento di accurati studî tanto in rapporto alla fisiologia, quanto, e specialmente, in rapporto alla patologia, e dallo studio di essa formula fu frequentemente rilevato come la presenza in circolo dei leucociti eosinofili, subisse delle oscillazioni numeriche talora molto sentite sia nelle infezioni più svariate, sia in alcune forme di intossicazione.

Ancora ultimamente il comportarsi dei leucociti eosinofili formò per il Cova (1) oggetto di studio durante i periodi della gravidanza, parto e puerperio, e da tali ricerche, il succitato autore, sarebbe venuto alla conclusione che se la gravidanza normale si può ritenere non influenzi in modo

(1) COVA: Sul modo di comportarsi dei leucociti eosinofili nella gravidanza, nel parto e puerperio. Atti del IV Congresso Internaz. di Ginecologia ed Ostetricia – Roma settembre 1902

sensibile il contenuto numerico in circolo degli eosinofili, al contrario durante il travaglio di parto, si avrebbe una diminuzione nel loro numero, diminuzione che però, in puerperio, scomparirebbe, ristabilendosi il tasso primitivo.

In casi invece di gravidanze complicate da forme morbose (cardiopatie, isterismo, eclampsia, ecc.), il Cova avrebbe osservato che già durante la gestazione vi sarebbe ipoeosinofilia, e durante il parto ed il puerperio la diminuzione degli eosinofili si farebbe ancora più sentita raggiungendo soventi l'anaeosinofilia.

Analogamente il Pieraccini (1) in un caso di gravidanza con minaccia di eclampsia notò la scomparsa dei leucociti eosinofili.

Parrebbe quindi doversene dedurre che il tasso di tali leucociti può venire talora notevolmente influenzato dalle più svariate forme morbose complicanti la gravidanza, il parto ed il puerperio.

Oscillazioni nel quantitativo normale dei leucociti eosinofili furono constatate non solo nel campo ostetrico, ma anche in molteplici altre forme patologiche, come ad esempio nella polmonite dal Pesci (2) (il quale anzi dice che « *una volta ancora gli eosinofili nelle svariate malattie sarebbero un segno di buon augurio* »), nel tifo [Schleipp (3), Lucatello (4), ecc.], nella tubercolosi avanzata [Olivi (5), Giudiccandrea (6), Carpi (7), ecc.], nelle psicosi acute [Sandri (8)], nell'echinococco [Bindi (9), Block (10), Garavani (11) *], nell'anchilostomiasi [Spargella (12), Miranda (13), Poggio (14)], nell'elmintiasi ed in molte altre forme di infezioni e di intossicazioni.

Il Ghiotti (15) avrebbe rilevato aumento negli eosinofili in seguito ad iniezioni iodo-iodurate praticate sia in soggetti sani, sia in soggetti colpiti da forme tubercolari.

Il Longo (16) avrebbe notato che l'estratto acquoso di tenia medioca-

(1) Pieraccini: Cit. da Cova.

(2) Pesci: L'uso del digalen nella polmonite — Rassegna di terapia — Agosto-Settembre 1906.

(3) Schleipp: Wien Klin therap Woch N. 23 — 1906.

(4) Lucatello: Sulle pseudotifoidi o tifosimili — Relaz. al XVI congresso di medicina interna — Roma, 1906.

(5) Olivi: Rivista di clinica pediatrica — 1904.

(6) Giudiceandrea: Soc. lancisiana degli ospedali di Roma — Seduta del 9 Dic. 1905.

(7) Carpi: Contributo allo studio della morfologia del sangue nelle anemie — Il Morgagni N. 8-9, Anno 1907.

(8) Sandri: Rivista di patologia nervosa e mentale — 1906.

(9) Bindi: Gazzetta degli ospedali e delle cliniche — 1907.

(10) Block: Cit. da Bindi.

(11) Garavani: Soc. medico-chirurgica anconitana — Seduta del 1 Febbraio 1907. —

* Nell'echinococco generalmente (Santucci - Clinica moderna 1905) vi è aumento nei leucociti eosinofili circolanti: gli autori surriferiti però riportano casi in cui si sarebbe verificato il fatto inverso e si avrebbe avuta diminuzione di tali leucociti.

(12) Spargella: Osservazioni cliniche sperimentali sull'anchilostomiasi — Studi di elmintologia clinica — Milano Hoepli, 1907.

(13) Miranda: Intorno a un caso di anchilostomiasi — Gazzetta internazionale di scienze mediche — Fascicolo 9, 1907.

(14) Poggio: Cit. da Miranda.

(15) Ghiotti: Gazzetta internazionale di medicina — Fascicolo 100, Anno 1906.

(16) Longo: Sugli effetti dell'estratto acquoso di tenia mediocannellata nelle cavie. — Rivista di clinica pediatrica — 1906.

nellata eserciterebbe, di regola, sul sangue delle cavie una azione chemiotattica negativa per rispetto ai leucociti eosinofili.

Io pure ebbi occasione di osservare qualche caso in cui sebbene il puerperio decoresse perfettamente regolare dal lato della sfera genitale o fosse solo leggermente infezioso, la donna era affetta da altre forme morbose gravi. Tali casi riguardano forme di uremia, tubercolosi polmonare, cardiopatia, broncopolmonite, anemia perniciosa progressiva, ed io pure come già precedentemente il Cova (l, c) per le gravidanze complicate da alcune malattie, ebbi, in linea generale, a rilevare notevoli abbassamenti nel tasso degli eosinofili (se si eccettua un unico caso di anemia perniciosa progressiva in cui la diminuzione fu poco sentita) abbassamenti che talora raggiunsero, specie quando l'esito fu letale, l'anaeosinofilia.

Questi miei risultati concorderebbero quindi con quanto precedentemente anche in altri campi sarebbe stato osservato, ma ripeto, su ciò non mi soffermo e non mi credo autorizzato a venire a conclusioni: solo dirò che sembrerebbe di poterne dedurre che, in genere, molte e svariate malattie possono, in puerperio, far risentire la loro influenza sul tasso degli eosinofili.

*
* *

Prima di riferire gli esiti delle mie ricerche per riguardo ai casi di infezioni puerperali che ebbi campo di studiare, mi piace ricordare come lo Schauta (1), il Guicciardi (2), il Cabot (3), il Carton (4) ed altri accennino al comportarsi degli eosinofili in tale forma morbosa ed al loro valore prognostico; fu però il Dal Fabbro (5) che in modo particolare si occupò dell'argomento, venendo alla conclusione che quantunque generalmente di pari passo alla gravezza dell'infezione proceda la diminuzione del tasso degli eosinofili fino alla loro scomparsa, pur tuttavia gli accadde pure di osservare un comportamento della formula emoleucocitaria affatto diverso da quanto di regola si osserva.

Io non intendo entrare in merito alla questione se l'aumento o la diminuzione degli eosinofili sia dovuta all'entrata in circolo di tossine o batteriotossine, e a fatti di chemiotassi positiva o negativa per rispetto agli eosinofili stessi, o se pure la loro diminuzione non sia che apparente e da attribuirsi unicamente al fatto della presenza in circolo di un maggior numero dei comuni leucociti polinucleati.

Il Cova (l. c.) riterrebbe che l'abbassamento nel numero degli eosinofili, da lui constatato nelle partorienti, sia reale, ed io pure propenderei a credere che anche nelle infezioni puerperali si tratti di una vera e propria diminuzione, perchè quando, ad esempio, nei miei casi la percentuale, come

(1) Schauta: Tratt. completo di Ginecologia — Tip. Edit. Torinese — Trad. Motta 1898 Pag. 427.

(2) Guicciardi: La cura chirurgica nelle infezioni puerperali a forma trombofiebitica — Annali di ostetricia e ginecologia N. 1 Anno 1906.

(3) Cabot: Cit. da Dal Fabbro.

(4) Carton: Cit. da Dal Fabbro.

(5) Dal Fabbro: Contributo allo studio della formula leucocitaria nelle infezioni puerperali — La ginecologia — 1906.

talora accadde, discese a zero, e tale percentuale fu dedotta dal conteggio di 1000 ed oltre globuli bianchi, bisognerebbe presupporre un aumento molto notevole nei globuli bianchi stessi in rapporto alle emazie, aumento che in qualche caso constatai non esistere.

Per ciò mi parrebbe si possa ritenere che anche nei puerperi infeziosi, se pure può l'aumento dei globuli bianchi contribuire a rendere apparentemente più sentita la diminuzione degli eosinofili, tuttavia tale elemento sembra subisca anche e specialmente una reale diminuzione.

Ciononostante, qualunque sia la causa che conduce a tale reperto esso assume pur sempre un notevole valore clinico per il medico pratico.

Sorvolando sulla tecnica da me seguita, mi limito a ricordare come gli strisci del sangue, praticati come di norma, venivano fissati sia in una miscela di alcool ed etere a parti uguali, sia ai vapori di formolo. La doppia colorazione veniva praticata con ematossilina ed eosina. Il numero dei globuli bianchi che venivano contati per ogni singolo esame non fu mai inferiore ai 700-800. Questo nei casi in cui il reperto degli eosinofili riusciva già su tale cifra positivo: nei casi invece in cui la ricerca, dava risultato negativo, il conteggio fu sempre proseguito fino oltre i mille globuli bianchi ed in qualche caso anche fino ai 1500 (*).

Osservazione 1.ª:

Sez. II. N. annuale 166, Anno 1905-06. — Secondigravida — Ultima mestruazione lì 31-10-05 — Il 1-3-06 la donna notò perdita di sangue dai genitali e brivido per cui riparò in Clinica dove fu constatata ritenzione di residui abortivi. Donna in corso di infezione. — Si pratica lo svuotamento e raschiamento d'utero — Puerperio infezioso.

	Leucociti polinucleati	Linfociti	Eosinofili	Cellule di passaggio	Temperatura	Polso	OSSERVAZIONI
3-3-06	80 %	18 %	2 %	—	37.8	104	Svuotamento e raschiamento di utero
4 »	90.4 »	9 »	0.2 »	0.4 %	37.4	90	
5 »	80 »	17 »	1 »	2 »	37.6	100	
6 »	78 »	18.2 »	0.7 »	3.1 »	37.3	90	Globuli bianchi al conteggio col Thomas-Zeiss: 6400
8 »	75.5 »	18.8 »	1.1 »	4.6 »	36.5	84	
9 »	80 »	16.1 »	1.8 »	2.1 »	36.5	80	Miglioramento
10 »	89.4 »	10.3 »	0.3 »	—	36.4	80	
11 »	77.7 »	20.4 »	0.9 »	1 »	36.4	72	

Guarigione.

(*) Ad arricchire maggiormente le mie ricerche contribuì il Dottor Soli, che gentilmente mi fornì alcuni dati da lui stesso raccolti, dati che vennero così a rendere più numerose le mie ricerche.

Osservazione 2.ª:

N. annuale 68 Sez. III 1905-06. — Primigravida — Ultima mestruazione lì 24 Maggio 1905 — Lì 11-2-06, in seguito a caduta, ricevette un trauma all'addome, dopo di che comparvero dolori da contrazione uterina — La donna non avvertì più i moti attivi del feto — Rottura precoce della membrana fuori Clinica — All'entrata si nota scolo di liquido amniotico fetente dai genitali, fisiometra, feto morto in via di putrefazione — Dai genitali sporge una lunga ansa di funicolo non pulsante — Il bacino è piatto — Presentazione cefalica al piano perineale — Parto lì 16-2-06 — Puerperio infezioso — Dal 16-2-06 al 3-3-06 la lochiazione fu sempre fetente, il polso frequente — Ipertermia con qualche brivido.

	Leucociti polinucleati	Linfociti	Eosinofili	Cellule di passaggio	Temperatura	Polso	OSSERVAZIONI
3 - 3 - 06	70 %	29 %	1 %	—	38.6	128	XVI giorno di puerperio. Brivido
4 »	85.67 »	13 »	0.33 »	1 %	40	128	Brivido
5 »	93.6 »	5.6 »	—	0.8 »	39.5	126	
6 »	83 »	14.8 »	0.4 »	1.8 »	38	124	Globuli bianchi: 8400
7 »	83.4 »	15 »	0.2 »	1.4 »	40	130	
8 »	81 »	16 »	—	3 »	40	130	
9 »	75.5 »	23 »	0.5 »	1 »	40	140	Globuli bianchi: 9600
10 »	84.3 »	15.1 »	—	0.6 »	39.3	130	
11 »	81.7 »	16.7 »	0.6 »	1 »	38.7	132	
12 »	79.1 »	19.4 »	0.4 »	1.1 »	39.6	120	Le condizioni si aggravano
13 »	83.61 »	14 71 »	0.18 »	1.5 »	39.9	130	
14 »	76.33 »	22.32 »	0.14 »	1.21 »	39	130	Stato adinamico
16 »	87.6 »	11.8 »	—	0.6 »	39.6	138	
18 »	82.2 »	17 »	—	0.8 »	39.9	140	Stato comatoso

Esito letale.

Osservazione 3.ª:

N. annuale 225 Sez. II, 1905-06 — Primigravida — Ultima mestruazione lì 20-1-06 — Aborto incompleto al 5.° mese circa — Donna in corso di infezione — Lì 4-4-06 si pratica lo svuotamento e raschiamento d'utero.

	Leucociti polinucleati	Linfociti	Eosinofili	Cellule di passaggio	Temperatura	Polso	OSSERVAZIONI
5 - 4 - 06	94 %	5.4 %	—	0.6 %	37.4	124	Condizioni gravissime

Muore lì 6-4-06 con sintomi di peritonite settica.

Osservazione 4.ª :

N. di accettazione 54 — Entrata lì 18-1-07 — Terzigravida — Gravidanza al 3.° mese circa. La donna dal 3-1-07 avvertì metrorragia — L'A. entra in clinica in corso di infezione ad utero pieno — Aborto criminoso? — Metroperitonite.

	Leucociti polinucleati	Linfociti	Eosinofili	Cellule di passaggio	Temperatura	Polso	OSSERVAZIONI
19-1-07	85.7 %	13.2 %	—	1.1 %	36.9	filiforme	Condizioni gravissime

La donna muore lì 20-1-07.

Osservazione 5.ª :

N. annuale 122, Sez. III — Primigravida — Gravidanza a termine — Parto artificiale strumentale (piccolo forcipe) lì 18-5-06 — Lacerazione perineale — Vulvo-vaginite ulcerosa — Endometrite settica.

	Leucociti polinucleati	Linfociti	Eosinofili	Cellule di passaggio	Temperatura	Polso	OSSERVAZIONI
21-5-06	77.7 %	19.1 %	1.5 %	1.7 %	37.3	88	
23 »	83 »	14.3 »	1 »	1.7 »	37	90	
26 »	84.9 »	13.4 »	0.3 »	1.4 »	39.4	98	
27 »	86.1 »	12.4 »	—	1.5 »	39.4	104	Globuli bianchi: 16900. Svuotamento e raschiam. d'utero.
28 »	87 »	11.9 »	—	1.1 »	39.[illegible]	100	
29 »	80.9 »	17.8 »	0.2 »	1.1 »	39.2	120	
30 »	81.9 »	16.5 »	0.6 »	1 »	38	106	
31 »	83.8 »	14.3 »	0.7 »	1 2 »	38	98	
1-6-06	82.2 »	16.1 »	0.7 »	1 »	39.2	100	
							Dal 1 al 14 giugno la temperatura si abbassa per lisi ritornando e mantenendosi normale dal 5 giugno in poi
14 »	68 »	28 »	1.7 »	2.3 »	36.7	72	

Guarigione.

Osservazione 6.ª :

Guardia ostetrica, Anno 1906, N. 276 — Estrazione manuale di placenta — Puerperio infezioso.

	Leucociti polinucleati	Linfociti	Eosinofili	Cellule di passaggio	Temperatura	Polso	OSSERVAZIONI
7-8-06	65.7 %	33 %	0.5 %	0.8 %	—	—	Li 6-8-06 Temp. 39-2 - Polso 130
10 »	66.6 »	30.1 »	1.2 »	2.1 »	—	—	Successivamente non mi fu possibile raccogliere dati esatti sulla temperat. e sul polso
14 »	70 »	25.7 »	1.9 »	2.4 »	—	—	

Guarigione lì 16-8-06.

Osservazione 7.ª:

N. annuale 31, Sez. II, Anno 1906-07 — Peritonite settica.

	Leucociti polinucleati	Linfociti	Eosinofili	Cellule di passaggio	Temperatura	Polso	OSSERVAZIONI
26-11-06	88.3 %	10.4 %	—	1.3 %	37.9	140	Condizioni gravissime

Muore lì 27-11-06.

Osservazione 8.ª:

Maternità (*) – Parto gemellare lì 22-7-06 — In terzo giorno di puerperio si inizia ipertermia, Elmintiasi, ittero catarrale — Lochiazione fetente, ulcerazioni ai genitali esterni — Forma settica generale.

Un esame praticato il giorno prima della morte dà il seguente risultato:

	Leucociti polinucleati	Linfociti	Eosinofili	Cellule di passaggio	Temperatura	Polso	OSSERVAZIONI
9-8-06	88.5 %	9.1 %	0.1 %	2.3 %	37	126	

Muore nella notte dal 9 al 10 Agosto 1906.

Osservazione 9.ª:

Maternità N. 36 — Puerperio infezioso — Endometrite settica.

(*) Le osservazioni VIII e IX riguardano due casi occorsi nell'Opera di Maternità di Torino, e mi fu possibile seguirli per la gentile concessione del Prof. Valdagni a cui rivolgo i miei sentiti ringraziamenti.

	Leucociti polinucleati	Linfociti	Eosinofili	Cellule di passaggio	Temperatura	Polso	OSSERVAZIONI
30-10-06	86 %	12.7 %	0.1 %	1.2 %	39.9	138	Brivido
4-11-06	83.1 »	16.2 »	—	0.7 »	40.2	—	Brivido
25 »	72.1 »	26 »	0.6 »	1.3 »	37.2	—	
28 »	68.2 »	29.1 »	1.1 »	1.6 »	36.9	80	

Le condizioni vanno successivamente migliorando e la donna esce guarita lì 6-12-06.

Osservazione 10.ª:

N. annuale 200. Sez. II, 1906-07 — Gravidanza a termine — Viziatura pelvica — La donna entra in Clinica mentre già da lungo tempo era in travaglio di parto — Tetania d'utero, infezione del liquido amniotico, feto premorto — Parto artificiale strumentale (craniotomia e cranioclastia) lì 17-2-07 — Puerperio infezioso.

	Leucociti polinucleari	Linfociti	Eosinofili	Cellule di passaggio	Temperatura	Polso	OSSERVAZIONI
20-2-07	81 %	17.3 %	0.6 %	1.1 %	39	96	
21 »	78.1 »	19.5 »	0.2 »	2.2 »	39.9	140	Brivido
24 »	80 »	18.2 »	0.5 »	1.3 »	37.2	86	

La temperatura successivamente va abbassandosi per lisi e dal 28-2-07 l'A. si fa apirettica.

***

Nelle osservazioni 5.ª e 9.ª, nonostante che il procento degli eosinofili abbia talora raggiunto lo zero, pur tuttavia l'esito dell'infezione non fu letale, e nella osservazione 10.ª seguì guarigione abbastanza rapidamente quantunque il tasso degli eosinofili fosse disceso dal 0,2 %, cifra notevolmente inferiore a quella che si dà come media fisiologica.

Nei rimanenti casi invece si nota che una forte discesa degli eosinofili ebbe sempre un valore prognostico grave.

Se quindi, generalmente, si può ritenere che l'ipoeosinofilia o l'anaeosinofilia siano di significato infausto, va però tenuto presente che tale criterio non costituisce una regola assoluta, conclusione alla quale sarebbe pure giunto il Dal Fabbro (l. c.).

Per ciò se al procento degli eosinofili non si può negare importanza per lo studio del decorso delle infezioni puerperali, pur tuttavia esso non va ritenuto come fattore sufficientemente sicuro per un prognostico decisivo.

Nel puerperio infezioso, come in tutte le forme infettive acute, accade talora di osservare che mentre, dai caratteri generali. si dovrebbe prevedere un decorso sfavorevole, l'organismo gode, qualche volta, di tali riserve di energie da superare contro ogni aspettativa delle gravi crisi; come pure al contrario non infrequentemente può, ad una prognosi relativamente buona, far seguito, per cause ignote, un rapido aggravamento letale.

Certamente questi casi costituiscono l'eccezione e, di regola, nelle infezioni puerperali, oltre che dalla temperatura e dal polso (che abbiamo visto comportarsi in modo consono al procento degli eosinofili), anche dal tasso degli eosinofili si potranno ritrarre importanti criteri sia circa la gravità del momento, sia circa l'intensità dell'infezione o dell'intossicazione, sia circa il potere di difesa dell'organismo e quindi, di conseguenza, dei dati di un certo valore per la prognosi: occorre però ricordare ancora una volta che, le nostre previsioni non dovranno essere necessariamente infauste per il fatto di una forte discesa nel procento degli eosinofili o di una anaeosinofilia.

Il nostro prognostico, in tali casi, si limiterà ad essere semplicemente molto riservato.

È sempre prudente, per il medico pratico, l'aver presente che anche in ciò, come nella maggior parte delle ricerche nel campo medico, nulla vi è di assoluto.

RECENSIONI.

Sicard e Berkovitch. — **Adiposi dolorosa da insufficienza ovarica.** (*Società Medica degli Ospedali di Parigi* Sed. 19 Giugno 1908).

Gli A. A. riferiscono di aver constatato, in tre giovani donne che avevano subito la ovariectomia bilaterale, seguire dopo qualche tempo una sindrome di Dercum: adiposi, noduli dolorosi, astenia, turbe psichiche.

Ne concludono che nel più dei casi l'infermità, che va sotto il nome di adiposi dolorosa, trova la sua causa efficiente piuttosto in una insufficenza ovarica, che in una insufficienza tiroidea.

Souques prende la parola per render noto, com'egli, in seguito all'ovariectomia bilaterale, ebbe in un caso una sindrome consimile, non però completa, giacchè l'inferma non aveva dolori.

Rebaudi

Rènon e Delille — **Insufficienza tiro-ovarica e iperattività ipofisaria (Disturbi acromegalici) Miglioramento in seguito all'opoterapia tiro-ovarica; aggravamento in seguito all'opoterapia ipofisaria.** — (*Società Medica degli Ospedali di Parigi. Seduta 19 Giugno 1908*).

Gli A. A. riferiscono minutamente la storia clinica d'una donna presentante un complesso di sintomi da rapportarsi ad una insufficienza tiro-ovarica e ad una iperattività ipofisaria: anoressia, gastralgie, costipazione, ipertensione arteriosa, cefalea periodica, nevralgie, ecc.: atrofia dei muscoli degli arti inferiori, disturbi visivi, astenia, ipocondria, sensazione di freddo ai piedi, mani fredde ed umide, vampe di calore, sudorazione, deformazioni della faccia (fronte bassa e sfuggente, naso prominente, prognatismo, denti rari più della norma, ecc.) leggiero ingrossamento delle dita.

Questa inferma ebbe utili resultati curativi col trattamento opoterapico associato tiro-ovarico, mentre l'opoterapia ipofisaria aggravò i sintomi funzionali, esagerando manifestamente alcuni disturbi acromegalici, che possono considerarsi caratteristici dell'iperattività ipofisaria: deformazione della faccia, delle mani, dei piedi, ecc.

Rebaudi

A. Cosentino. — **Sulla tubercolosi del collo dell'utero.** (*Considerazioni anatomo-patologiche e cliniche*) — Annali del R. Istituto di Clinica Chirurgica di Roma - Vol I. 1908.

L'A. dopo di aver descritto un caso di tubercolosi primitiva, circoscritta al muso di tinca, felicemente guarito con la semplice amputazione sopravaginale del collo previa cauterizzazione del canale cervicale, coadiuvata da abbondanti lavaggi con acqua iodata, e da una cura generale con iniezioni iodo-iodurate alla Durante, viene a fare alcune interessanti considerazioni anatomiche e cliniche generali.

In rapporto alla classificazione delle diverse forme di tubercolosi del collo, l'A. ritiene più confacente al vero, tenuto conto delle conoscenze nostre sul tubercolo e sulle varie forme morfologiche che il medesimo assume nei suoi varî momenti di sviluppo, quella già proposta da Procopio, Montanelli, ecc.: tipo *interstiziale* (miliarico infiltrato ed ulcerativo) e tipo *papillare o vegetante*.

Nella tubercolosi del muso di tinca interessantissime a studiarsi sono le alterazioni degli epitelii di rivestimento. Nel presente caso l'A. ha riscontrato che le cellule erano disposte per lo più in molteplici strati, assumendo alla periferia un volume maggiore della norma ed una forma variabile, ora rotondeggiante ed ora poligonale. Qualche volta si potevano osservare delle formazioni papillari molto

piccole, quasi microscopiche, formate in parte da un sollevamento a sprone del connettivo del corion, in parte a numero maggiore di stratificazioni degli epiteli di rivestimento. Alcune cellule mostravano il protoplasma pallidamente colorato, d'aspetto omogeneo e qualche volta fatti di cromatolisi; altre, specialmente negli strati superficiali, lasciavato vedere un protoplasma fortemente scolorito, nuclei piccoli, raggrinzati, circondati da un alone chiaro (degenerazione fisaliforme), più raramente si mostravano sprovviste di cromatina nucleare in preda ad incipiente necrobiosi; in altre cellule esisteva degenerazione idropica del protoplasma, e quindi formazione di vacuoli in generale molto piccoli, situati alla parte centrale od alla periferia del corpo cellulare. Oltre questi vacuoli l'A., meno frequentemente, riscontrò negli strati profondi del rivestimento epiteliale degli spazi cavi, della grandezza di due o tre elementi cellulari, in genere rotondeggianti, e disposti negli interstizi cellulari, fattisi per tal modo fortemente ectasici. Spazi questi che contro l'asserzione di Cova, che li ritiene cellule epiteliali enormemente distese per accumulo di muco, pensa sieno l' espressione di fatti flogistici e si formino in seguito all'accumulo di un essudato framezzo agli interstizi cellulari.

In rapporto alla cura l'A. è di opinione che una volta si sia avuta la convinzione, ottenuta con tutti i mezzi di indagine a nostra disposizione, che la tubercolosi è circoscritta al muso di tinca, il chirurgo debba limitarsi ad una operazione economica. Coadiuvando questa cura chirurgica locale con un trattamento tonico-ricostituente generale, (ed utilissima si addimostra la cura iodo-iodurata alla Durante), noi riusciremo spesso ad ottenere guarigioni radicali.

Il caso esposto dall'A. ne è la patente dimostrazione.

Se dopo questo primo intervento economico si esservasse una recidiva noi siamo sempre in tempo a proporre ed eseguire un intervento demolitore.

Rebaudi.

F. Villemin. — **Le corps jaune considéré comme glande a sécrétion interne de l'ovaire** — Edit. Octave Doin, Paris - 1908.

Riporto le conclusioni, cui giunge l'A. in questo ottimo lavoro clinico-sperimentale:

1 — Il corpo luteo è un organo transitorio. che si forma nell'ovaio di tutti i mammiferi alle spese della parete del follicolo di Graaf dopo la sua deiscenza.

2 — I caratteri morfologici del corpo luteo nel suo periodo di stato sono quelli d' una glandula a secrezione interna,

3 — Il corpo luteo è il principale coefficiente della fisiologia genitale della donna e delle femmine dei mammiferi, giacchè:

a) La deiscenza del follicolo di Graaf e la emissione dell' ovulo hanno luogo da dodici a quattordici giorni avanti la comparsa del flusso menstruale. In questo tratto di tempo si ha lo sviluppo del corpo luteo.

b) Il periodo di stato del corpo luteo corrisponde nella donna al flusso menstruale e nelle femmine degli altri mammiferi al periodo di fregola.

c) L'involuzione del corpo luteo si inizia al momento in cui cessa il flusso sanguigno o viene a smorzarsi la fregola.

d) La mancanza od il mancato sviluppo del corpo luteo determinano nella donna la mancanza del flusso sanguigno, nelle femmine dei mammiferi (coniglio) un'atrofia considerevole dell'apparecchio genitale.

4 — Il corpo luteo, nel suo periodo di stato, immette nel sangue un principio tossico e vasodilatatore, come lo dimostrano appunto le iniezioni intravenose di estratti suoi.

5 — La comparsa del corpo luteo nell'organismo della donna segna l' inizio della pubertà e della prima mestruazione. La sua insufficiente funzione o la sua iperattività ci spiegano tutti i disturbi funzionali di questo periodo.

6 — Durante il decorrere della vita sessuale, la formazione periodica del corpo luteo, ci dà un esatto conto della sintomatologia varia, che si riscontra ad ogni periodo catameniale.

La causa efficiente di alcuni speciali disturbi nella fisiologia genitale della donna durante il periodo di vita sessuale attiva (amenorrea, dismenorrea, ecc.) la si deve ricercare in alterazioni funzionali del corpo luteo.

7 — La sintomatologia che riscontrasi nel periodo di menopausa naturale od operatoria è dovuta alla scomparsa più o meno rapida della funzione del corpo luteo.

Rebaudi.

O. PINTAURA. — **Contributo allo studio delle metrorragie infantili.** (Archivio Italiano di Ginecologia - Maggio '08 - N.° 5).

Si tratta di una bambina dell'età di 5 anni, emofilica, in buone condizioni generali di salute, la quale da circa sei mesi presenta perdite sanguigne dai genitali, ripetentesi ad intervalli dagli 8 ai 20 giorni in quantità sempre maggiore, seguìte da flussi mucosi, or fluidi or densi, di colorito bianco grigiastro. Le condizioni generali in questo lasso di tempo deperirono rapidamente. L'A. mentre non riscontrò alcuna alterazione patologica ai varî apparati organici, all'esame ginecologico notò i sintomi d'un'affezione che ha molta analogia colla forma di metrite verginale descritta dal Pozzi, cui andava unito ectropion ed erosioni congenite del collo.

Praticò per tre mesi una cura di correnti galvaniche col metodo extrauterino di Cheron, distribuite in sessanta sedute, della durata di 8–10 mp. al massimo, con un'intensità non oltre i 90 millamp. ritraendone uno splendido resultato curativo.

L'A. riandando l' interessante caso da lui studiato, trae come insegnamento sintetico le conclusioni seguenti:

1. — Ammessa la mestruazione precoce entro certi limiti essenziali, deve ritenersi patologica ogni altra emorragìa infantile che da essi si distragga.

2. — Tra le svariate forme morbose idonee a provocare perdite sanguigne dai genitali delle bambine va compresa l'emofilia.

3. — Il trattamento medico ed elettroterapico sulle bambine emofiliache può dare ottimi resultati, sia sulla malattia costituzionale che sulle possibili affezioni della sfera genitale.

4. — L'intervento chirurgico, quale trattamento delle metrorragie infantili, deve esser riserbato a certi casi specialissimi, e solo quando altri metodi curativi non abbiano raggiunto lo scopo.

5. — Nell'esame degli organi genitali infantili si può esser tratti in errore dalla presenza di certe particolarità anatomiche congenite che possono esser scambiate per vere alterazioni patologiche.

Rebaudi.

PARTE II.

PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Universita di Genova

DIRETTO DAL PROF. L. M. BOSSI

Emorragie genitali gravi

da alterazione dei vasi uterini e pratiche malthusiane

PEL DOTTOR STEFANO REBAUDI, ASSISTENTE

Scarsi ed incompleti sino a questi ultimi anni appaiono i reperti anatomo-patologici delle svariate e multiformi affezioni morbose dell'apparecchio genitale feminile, sia perchè da un lato gli anatomo-patologi puri, attratti da complesse questioni di patologia generale quasi rifuggivano e tuttora rifuggono dal trattare argomenti così ristretti e specializzati, dall'altro i ginecologi sino ad ieri tutti compresi dal mirabile, quasi vertiginoso diffondersi e sempre nuovo rifiorire di ardimentose conquiste nel campo della clinica operativa, non avevano trovato ancora il tempo di applicarsi alle pazienti, minute ricerche di anatomo-patologia genitale feminile macro e microscopica.

E con grave danno, ben si comprende, della ginecologia scientifica, giacchè innumeri quadri morbosi, anche minutamente studiati nella loro sintomatologia clinica, non avendo ottenuto l'indispensabile sussidio dell'accurata investigazione anatomica, ci rimasero finora oscuri nella loro patogenesi, donde l'impossibilità nostra di applicare, degli svariati metodi curativi, di cui si è arricchito il formulario ginecologico, quelli che ci avrebbero potuto condurre a brillanti resultati.

Così a mo' d'es., venendo ad uno speciale dei molti casi che potrebbero citarsi a comprova del nostro asserto, le accurate ricerche anatomiche macro e microscopiche, condotte specialmente in questi ultimi anni, gettarono un vero sprazzo di luce sull'intricatissimo capitolo delle meno e metrorragie profuse, che riscontransi verso il declinare della vita sessuale attiva.

Si poterono solo allora nettamente dirimere emorragie, il cui movente etiologico si doveva ricercare in lesioni neoplastiche maligne o benigne del tessuto fondamentale dell'utero, da emorragie dovute a lesioni della mucosa uterina, da alterazioni limitate al sistema vascolare di detto organo,

da affezioni morbose genitali extrauterine, da semplici disturbi funzionali circolatori di tutto l'apparecchio genitale; donde ne venne una chiarissima e netta indicazione al trattamento curativo, richiedendo piuttosto uno che un altro razionale intervento, a tutto beneficio della donna sofferente. Si poterono così molte volte evitare dolorosissime e non sempre innocue (per esiti prossimi e lontani) operazioni demolitrici dell'apparecchio genitale; banali raschiamenti dell'endometrio o semplici cure mediche generali e locali valsero a dar la guarigione od almeno a temporeggiare in alcune gravi emorragie genitali verso il climaterio in attesa della non lontana involuzione dell'apparecchio genitale, ultima e completa sanatrice di tale infermità; nel mentre si vennero ad individualizzare nettamente alcune forme di gravi emorragie uterine, che per nulla affatto in rapporto a tumori maligni o benigni dell'utero, ad infermità degli annessi, dei parametri, a processi metritici, a posizione abnorme e malconformazione dell'utero, ad infiammazioni dell'endometrio, si mostravano ribelli a qualsiasi trattamento curativo generale e locale, richiedendo quale ultima e provvidenziale ratio l'asportazione totale dell'organo uterino.

Fattore causale di queste emorragie genitali si addimostrarono alterazioni a carico delle pareti dei vasi uterini, caratterizzate il più delle volte da processi di angiosclerosi con ipergenesi di connettivo fibroso ed elastico, con preponderanza dell'uno o dell'altro a seconda dei casi, e ben più di rado da processi di degenerazione grassa ed anche amiloide delle pareti stesse.

Primi in simile campo di ricerche furono *Pichevin* e *Petit*, che nel 1896 pubblicarono l'osservazione loro condotta su una donna di 41 anni, nella quale (trovandosi da quasi due lustri in preda a metrorragie continue, ribelli anche a due raschiamenti dell'endometrio) fu necessario praticare l'isterectomia vaginale. Dall'esame istopatologico dell'organo asportato resultò aumento notevole dei vasi uterini, che trovavansi in preda ad un processo di periendoarterite con considerevole aumento del connettivo perivascolare. Altri autori in appresso seguirono con speciale interesse questo nuovo indirizzo di ricerca, per modo che nel volger di pochi anni si raggiunse una discreta casistica, che valse a gettare non poca luce su questo interessantissimo capitolo della patologia uterina.

Pilliet e *Baraduc, Routier, Schmid, Petit, Reinicke, Marchesi, Dupuy, Pozzi* e *Latteaux, Chalmogoroff, Simmonds, Davis E. C., T. Morisani, Szasz-Schwarz, Giorgi, Findley Palmer* e *Freeland Barbour, Basso, Macdonald, Evoli, Slocum,* ecc., riscontrarono in uteri estirpati in seguito ad emorragie invincibili, ribelli a qualsiasi intervento, alterazioni vasali caratterizzate da ipertrofia delle loro pareti a causa d'una ipergenesi di tessuto connettivo fibrillare ed elastico, con preponderanza dell'uno o dell'altro ed a carico piuttosto di una o dell'altra tunica vasale a seconda dei casi; *Pichevin* e *Petit* in un loro caso, *Ricci* riscontrarono pure le pareti vasali ipertrofiche, ma in preda a degenerazione amiloide; *Reinicke* in un solo caso riscontrò degenerazione grassa di dette pareti ingrossate. Fu riscontrato da questi ricercatori che la ipergenesi di tessuto connettivo fibrillare od elastico può rimanere circoscritta semplicemente ai vasi, oppure può formare dei robusti manicotti perivasali, donde sotto forma di prolungamenti, di gittate si partono dei fasci neoformati, che procedendo ed insinuandosi, ed anche ana-

stomizzandosi variamente entro il parenchima muscolare dell'organo uterino, vengono come a costringere, a strozzare i fasci muscolari, che ne risentono dannosamente nella nutrizione loro.

Ultima finale conseguenza delle diverse alterazioni morbose riscontrate, dagli autori più sopra rapidamente accennati, in uteri di donne affette da gravi metrorragie, era dunque un abnorme cospicuo ingrossamento delle pareti dei vasi uterini, i quali venivano trasformati in tubi duri, rigidi, suscettibili di minima retrattilità.

Si era così riscontrata la base anatomica di una nuova sindrome morbosa, che andava per l'addietro confusa con altre forme non sempre facilmente differenziabili dai reperti dell'esame clinico; ed allora i varî autori vollero ricercare la ragione intima, la causa efficiente di queste diverse lesioni anatomiche a carico della parete dei vasi uterini, tutte volte, come più sopra ho detto, a dare una maggiore rigidità al tubo vasale, donde, come diretta conseguenza, le emorragie profuse. Non facile impresa certamente, che dette luogo a diverse, opposte e non sempre soddisfacenti ipotesi esplicative, le quali se potrebbero esser verosimili ed accette per un singolo caso in esame, non possono venire generalizzate, dimostrandosi altrettanto probative per la generalità dei casi.

Così, se facilmente possiamo renderci ragione di una ipergenesi di tessuto connettivo fibrillare ed elastico a carico dei vasi uterini nel caso si sieno avute numerose gravidanze, le quali è notorio determinare un aumento progressivo di tessuto connettivo, sopratutto elastico, a detrimento del muscolare (*Szasz-Schwarz*, ecc.), od in caso di endometriti e metriti croniche interstiziali, o di fibromiomi della parete uterina, cui sempre si accompagnano più o meno diffuse e profonde iperplasie ed ispessimenti delle tuniche dei vasi uterini; oppure ancora nel caso di affezioni morbose degli organi intimamente connessi all'utero, quali le ovaia, le tube, i legamenti larghi, il connettivo pelvico, che mantengono in uno stato congestizio morboso l'organo uterino, difficilissimo e di ardua interpretazione è il meccanismo intimo etiologico di questa angiosclerosi entro uteri, in cui sfugge qualunque altra lesione macro o microscopica cui possa imputarsi, ed essa appare sola unità morbosa, illuminata spesso negativamente dai dati raccolti coll'esame anamnestico.

Reinicke ritiene possa trattarsi di lesioni presenili di origine trofica, *Pichevin* e *Petit* mettono innanzi l'idea, che queste alterazioni a carico dei vasi dell'organo uterino, possano essere la conseguenza di intossicazioni attenuate, a lungo decorso, quali spesso ritroviamo in alcuni speciali stati infettivi (tifo, ecc.) o di alcune diatesi con tendenza all'iperplasie connettivali (diabete, neuroartritismo, ecc.); *Pozzi* e *Latteaux* ritengono il brightismo, ond'era affetta una delle loro inferme, coefficiente importantissimo alla comparsa di detta lesione; *T. Morisani*, *Spinelli*, *Verchère*, *Ozenne*, *La Torre*, *Franceschini* ascrivono alla sifilide l'origine prima della sclerosi dei vasi uterini; *Giorgi* in una delle due sue inferme ha riscontrato alcuni scarsi fenomeni artritici, nell'altra sifilide coniugale, infezione difterica, pneumonica, carbonchiosa: complesso di cause, più che sufficiente, sommandosi al processo d'involuzione senile dell'utero, a produrre queste lesioni vasali.

L' ipotesi abbracciata dal maggior numero degli autori recenti è che questo processo di angiosclerosi, detto dal Pozzi *invadente*, a carico dell' organo uterino, sia sostenuto da una speciale costituzione diatesica dell'organismo (*tendenza costituzionale* di Doléris), la quale trova un coefficiente validissimo in quelle turbe circolatorie, che nel fortunoso e multiforme ciclo di vita sessuale della donna, anche evolventesi nelle più normali condizioni, incessantemente si avvicendano entro il muscolo uterino. Ipotesi questa che *Evoli* si è proposto di lumeggiare ed eventualmente di comprovare con opportuni accorgimenti clinici e sperimentali.

***

A meglio chiarire questo controverso, discusso ed interessantissimo capitolo di patologia ginecologica ritengo opportuno render noti dettagliatamente i seguenti due casi clinici, occorsi in questo Istituto Ginecologico durante gli anni scolastici 1906-07 e 1907-08; ai quali farò seguire alcune considerazioni di un certo interesse, che a me pare possansi detrarre dall'accurata ponderazione dei reperti completi d'esame.

Osservazione I. — *Laura G. in C.* d'anni 38 - Maritata. Maestra elementare. (Anno 1907-08).

Padre e madre morti in tarda età; ha una sorella che vive e gode buona salute. Sofferse le comuni malattie dell' infanzia; poi stette sempre bene fino ai 27 anni, in cui fu coltà da infezione tifoide, di cui guarì nello spazio di circa un mese.

La prima mestruazione comparve a 13 anni piuttosto abbondante, della durata di cinque giorni, indolora affatto; le successive si avvicendarono sempre regolari per intercorrenza, qualità, quantità, della durata di quattro o cinque giorni, sempre indolore. Ebbe a notare sino da giovanetta perdite leucorroiche, che lievi nei periodi intermestruali si accentuavano maggiormente non appena cessato il flusso sanguigno menstruale.

A 25 anni andò a marito e circa dopo 10 mesi rimase incinta: la gravidanza trascorse regolarmente ed ebbe termine con un parto spontaneo; seguì un puerperio fisiologico, durante il quale allattò il suo nato, tuttora vivente, in ottima salute.

Da allora i coniugi, soddisfatti di questo loro rampollo e decisi di comune accordo a non più procreare, praticarono nei loro ordinari rapporti sessuali, del resto ad ambedue bene accetti, il coito incompleto. E le speranze non furono deluse, giacchè non ebbe più alcuna altra gravidanza. Così trascorsero senza alcun speciale disturbo, se si toglie una lieve leucorrea quasi continua, nove anni circa, sino ai primi mesi dell'anno 1906, in cui l'inferma incominciò a notare che il periodo mestruale si prolungava più del solito, la perdita sanguigna mestruale si faceva più abbondante. Questi disturbi s'andarono accentuando notevolmente, ribelli ai più svariati trattamenti medici esperiti dall'inferma, per modo che nei primi mesi del 1907 fu ritenuto necessario praticare un raschiamento dell' endometrio. Dopo questo atto operativo parve guarita; però dopo circa 4 mesi ricomparvero le mestruazioni abbondantissime come prima dell' intervento e prolungantesi à lungo, per

modo da sembrare continue. Iniziò altre opportune cure riescite pure inefficaci, per modo che fu ritenuto necessario praticare l'Agosto 1907 un altro raschiamento dell'endometrio, unitamente all'escisione del collo. Condizioni apparentemente migliorate per circa un mese, dopo di che alla ricomparsa del periodo mestruale, di bel nuovo abbondantissime spossanti perdite sanguigne tornarono in campo, tali da fiaccare sempre più le già precarie condizioni organiche della misera paziente, che il 27 Novembre 07 ricorse alle nostre cure.

Esame obbiettivo.

Donna di alta statura; a sistema scheletrico ottimamente conformato; a masse muscolari mediocremente sviluppate, flosce; a pannicolo adiposo scarso; cute e mucose visibili pallide.

Nessuna lesione riscontrasi a carico dei diversi apparati organici. Si avverte un soffio anemico al cuore ed alla giugulare.

T. 37 P. 80 R. 20

Reperto ginecologico. — Utero di volume superiore alla norma, duro, mobile, indolente alla palpazione, nella posizione sua come di norma. Annessi e parametrio liberi. Al sondaggio della cavità non si rilevano speciali rilevatezze, si risveglia lievissima perdita sanguigna, la cavità misura 8 $^1/_2$ centimetri.

Date le continue metrorragie, ribelli a tutti i numerosi mezzi variamente tentati, il giorno 30 Novembre 07 si pratica l'isterectomia vaginale

Decorso postoperatorio ottimo; esce di clinica completamente guarita il giorno 24 Dicembre 07.

Esame anatomo-patologico dell' utero asportato.

Macroscopicamente l'utero si presenta più voluminoso della norma, duro, resistente, lungo cent. 12.

La superficie di taglio ha un colorito roseo pallido, però non uniforme, ma solcato da venature di colorito più pallido splendente; presenta poi vasi numerosi, di dimensioni maggiori della norma, isolati od anche spesso, specialmente verso la periferia raggruppati in cinque, sei od anche più, a dare alla parete uterina in qualche punto un aspetto angiomatoso. Lo spessore della parete uterina è al collo di cent. 2,7, al corpo di cent. 3,8, al fondo di cent. 3,1.

Esame microscopico. — Tratti di parete ritolti in tutti i segmenti dell'utero sono fissati in formolo al 10 $^0/_0$ ed in soluzione satura di sublimato' inclusi in paraffina, e poi colorati coll'ematossilina-eosina, col *Von Gieson*; col metodo *Weigert*, *Unna-Taenzer-Livini* per le fibre elastiche.

Mi limito a trascrivere dettagliamente i reperti microscopici dei tagli condotti su tratti di parete tolti a livello del corpo dell' utero.

Nessuna alterazione caratteristica notevole si riscontra a carico della mucosa uterina, se si toglie una leggiera irregolarità nella forma delle glandule, che presentansi un po' dilatate, a più spiccato decorso elicoidale, approfondantesi maggiormente entro la tunica muscolare interna dell' utero. Le cellule epiteliali tappezzanti il tubo glandulare presentansi normali per forma e disposizione.

I capillari della rete sottoepiteliale sono appariscenti molto: a lume dilatato e spesso ripieno di globuli rossi presentano una tunica connettivale, dovuta a proliferazione di elementi cellulari disponentisi in serie concentrica, talora lievissima, tal'altra notevolmente sviluppata a raggiungere uno spessore anche parecchie volte superiore alla norma. Entro questa tunica prevalentemente costituita di connettivo fibrillare notasi una trama di minute fibre elastiche, che va facendosi più appariscente mano mano si passa

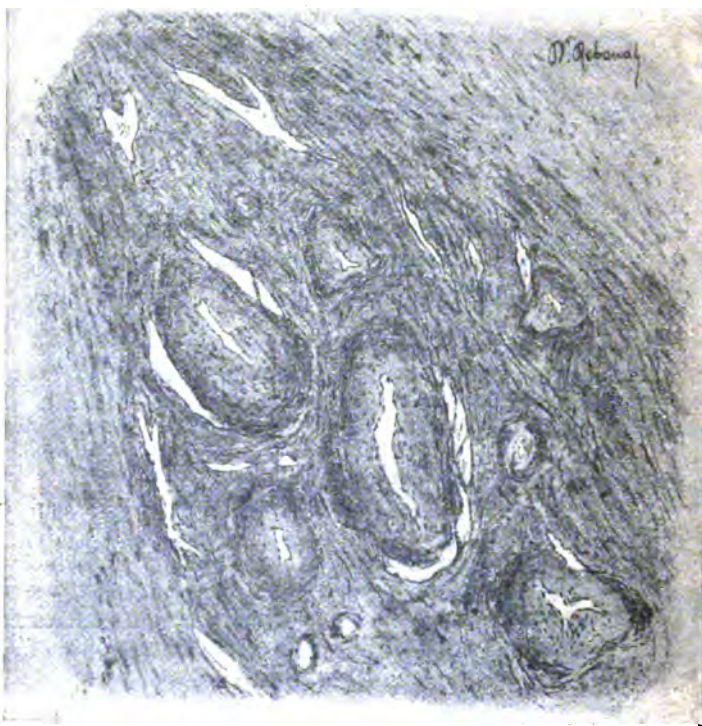



Figura 1.

ad osservare i vasi della rete interglandulare, ove anche maggiormente notevole appare la descritta proliferazione di tessuto connettivo fibrillare.

Inoltrandoci nel limite mucoso-muscolare caratteristiche alterazioni si riscontrano a carico delle piccole arterie quivi numerose. L'intima e la tonaca media più voluminose della norma presentano una evidente trama elastica; l'avventizia è notevolmente ispessita per una ipergenesi di tessuto connettivo fibrillare ed elastico variamente disposto.

Più profonde e notevoli alterazioni riscontransi a carico dei vasi della parete uterina. Le arterie quivi sono molto appariscenti, talora situate separatamente entro il parenchima uterino, spesso sono unite in aggruppamenti di 3-4 sino ad 8-10 (vedi Fig. 1). L'intima loro è proliferante ed irregolarmente

ispessita sino quasi ad occludere il lume vasale, acendogli assumere diversi svariati aspetti, quale quello d'una linea, d'una forma irregolarmente stellata, od a biscotto, ecc. La media appare prevalentemente costituita di tessuto connettivo, mentre il tessuto muscolare è molto ridotto, a fibrille muscolari isolate od a tenui gruppi, con scarsi nuclei, spesse volte in preda a degenerazione ialina. L'avventizia è notevolmente ispessita, a causa di una cospicua ipergenesi di tessuto connettivo fibrillare ed elastico. Ad un esame delle sezioni colorate col metodo *Weigert* (Ved. Fig. 2) e col metodo *Unna-Taenzer-Livini* si mette nettamente in luce una cospicua ipergenesi di tes-

Figura 2.

suto elastico, sopratutto a carico dell'intima e dell'avventizia, ove in ispecia modo si nota un aggrovigliamento ed un intreccio complicato di fibre.

Dalla limitante interna ed esterna si partono propaggini elastiche, che infiltrandosi nello spessore della media atrofizzano e ne sostituiscono le fibre muscolari.

Esiste nel più dei casi una zona perivasale bene individualizzata, costituita da stipato tessuto connettivo fibrillare e da un intreccio di fibre elastiche, che può a guisa di un manicotto completo circoscrivere un solo vaso, oppure due, tre ed anche più in numero e più voluminosi, a dare un'unica ampia zona perivasale completa, donde partono delle propaggini fibro-elastiche, che, spingendosi framezzo al tessuto costituente la parete

uterina ed inosculandosi, anastomizzandosi con altre vicine, vengono come a stringere, a strozzare il tessuto muscolare interposto.

Le vene si presentano per la maggior parte dilatate e ripiene di sangue, alcune a pareti atrofiche, altre a pareti ispessite e quasi in totalità costituite da una trama elastica, giacchè la media muscolare, nelle vene pochissimo sviluppata, permette la più rapida e completa fusione dell' intima e dell' avventizia: due focolai di ipergenesi fibro-elastica.

Queste alterazioni possono invadere contemporaneamente con la stessa intensità tutte e tre le tuniche del vaso, come anche possono esser localizzate e prevalere piuttosto in una che in un' altra.

Per quanto riguarda il tessuto muscolare costituente i tre strati della parete uterina diremo che esso è ancora discretamente sviluppato, per quanto lo comportano i già descritti fasci di tessuto connettivo fibrillare ricco di fibre elastiche, i quali specialmente partendosi dai già descritti manicotti perivasali, ed insinuandosi fra i varî fasci muscolari, certo non agiscono favorevolmente per rapporto alla loro vitalità.

Questa disposizione è più evidente verso la periferia dell' organo, mentre si attenua sempre più, mano mano procediamo verso i suoi strati interni.

La ipergenesi fibro-elastica è più notevole in corrispondenza del collo, che non al corpo.

Osservazione II. — Angiolina M. in F., d'anni 37 - Maritata. Casalinga (Anno 1906-07).

Padre e madre vivono e godono buona salute. Ha avuto sette sorelle e quattro fratelli: un fratello è morto in età di 40 anni al manicomio, una sorella è morta a 25 anni di infermità acuta dell'apparecchio respiratorio.

Ha sofferto le comuni malattie dell' infanzia; del resto non fu mai affetta da infermità alcuna. Verso i 16 anni fu oligoemica; per questo intraprese una cura arsenico-ferruginosa. Fu mestruata la prima volta a 18 anni, senza accusare alcun speciale disturbo: le mestruazioni successive furono sempre irregolari per intercorrenza, durata, piuttosto scarse, indolore; erano accompagnate e seguite da lieve leucorrea.

Andò sposa a 23 anni e rimase subito incinta: la gravidanza trascorse sino a termine regolarmente; ebbe un parto spontaneo, puerperio fisiologico. Nello spazio di due anni ebbe due altre gravidanze pure condotte regolarmente a termine, seguite da parti spontanei e puerperî fisiologici. Allattò sempre i suoi nati; però l'ultima volta dovette sospendere l'allattamento per consiglio del medico all'ottavo mese.

Dopo il secondo parto è residuata una leucorrea lieve, ma continua e ribelle a diversi trattamenti.

Da allora, a scopo anticoncezionale, connivente il marito, nei loro rapporti sessuali, sempre intensamente sentiti d' ambo i lati, si servirono di manovre maltusiane, mettendo consuetudinariamente in pratica il coito incompleto. Per tal modo non fu più gravida, e trascorse otto anni circa senza accusare qualche nuovo e speciale disturbo a carico dell'apparecchio genitale fino verso la primavera del 1905, se si toglie la solita leucorrea, per cui saltuariamente praticava irrigazioni vaginali disinfettanti.

Incominciò allora a notare che il flusso sanguigno mestruale si faceva man mano più abbondante del solito, raggiungéndo anche proporzioni allarmanti. Ripetute volte chiese l'ausilio dell'uomo dell'arte, che dopo aver esperito invano parecchie cure mediche, praticò, circa un anno fa, il raschiamento dell'endometrio. Parve averne riportato cospicuo giovamento ma fu questione di pochi mesi, chè tosto ricominciarono le perdite sanguigne mestruali sempre più gravi e spossanti, continue. Circa tre mesi fa fu sottoposta di bel nuovo al raschiamento dell'endometrio, ma con nessun utile resultato curativo, per cui il giorno 7 febbraio 07 ricorse all'ausilio della nostra clinica.

Esame obbiettivo.

Donna di media statura; a sistema scheletrico regolarmente conformato; leggermente denutrita. Cute e mucose visibili di colorito roseo-pallido.

Nessuna lesione riscontrasi a carico dei diversi apparati organici.

T. 36.5 P. 98 R. 22

Reperto ginecologico. — Utero di volume superiore alla norma, duro, indolente, mobilissimo, nella sua posizione normale. Annessi e parametrio liberi. Al sondaggio dell'utero non si percepisce alcuna scabrosità sulla superficie; si determina lieve perdita sanguigna; la cavità misura 8 cent.

Si pratica un raschiamento dell'endometrio a scopo diagnostico; e con questo si può escludere trattarsi di metrorragie legate a processi inflammatori o neoplastici dell'endometrio. Continuarono tuttavia le perdite sanguigne a carattere di tale gravità da rendere necessaria l'isterectomia, che fu condotta per via vaginale il giorno 9 marzo 07.

Il decorso postoperatorio fu ottimo; escì di clinica completamente guarita il giorno 7 aprile 07.

Esame anatomo-patologico dell'utero asportato.

Macroscopicamente l'utero si presenta più voluminoso della norma, lungo cent. 11,4, duro, resistente. La superficie di taglio ha un colorito roseo. non uniforme, ma solcato da venature più pallide, più splendenti del rimanente parenchima uterino. I vasi sanguigni della parete numerosi, molto nettamente appaiono sulla supercficie di sezione, perchè di dimensioni maggiori della norma, sia che si presentino isolati, sia raggruppati in diverso numero più specialmente verso la periferia dell'organo. Lo spessore della parete uterina al collo è di cent. 2,2, al corpo di cent. 3,5, al fondo di cent. 3,2.

Esame microscopico. — Tratti di parete ritolti in tutti i segmenti dell'utero vengono fissati in formolo al 10 °/₀ ed in soluzione satura di sublimato, inclusi in paraffina e poi colorati coll'ematossilina, emallume-eosina, orange, col *Von Gieson;* col metodo *Weigert, Unna-Taenzer-Livini* per le fibre elastiche.

In corrispondenza del collo le glandule qua e là si presentano dilatate a costituire delle comuni cisti da ritenzione di diverso volume.

Del resto i reperti microscopici dei tagli condotti su tratti tolti in corrispondenza del corpo dell'utero addimostrano quanto segue:

Nessuna speciale alterazione riscontrasi a carico dell'epitelio e delle glandule dell' endometrio; solamente i vasi della rete sottoepiteliale ed in modo più spiccato quelli della rete interglandulare appaiono muniti di pareti più voluminose della norma per un'ipergenesi di tessuto connettivo fibrillare ed elastico. Le arteriole della zona intermedia muco-muscolare presentano pure le pareti loro ispessite per un identico processo di ipergenesi di tessuto connettivo, che ha colpito la tonaca intima e sopratutto poi l'avventizia notevolmente aumentata in spessore.

Se ci inoltriamo nella parete uterina alterazioni di maggior entità si riscontrano a carico dei vasi uterini. La parete vasale riscontrasi di spessore notevolmente superiore alla norma, sopratutto per una proliferazione dell'intima, che ha di molto ridotto il lume del vaso, e dell'avventizia, che ha triplicato circa il suo spessore. Questo aumento nel volume dell'intima e dell'avventizia è dovuto ad una ipergenesi del comune connettivo fibrillare e del tessuto elastico, a formare un fitto e robusto reticolo, che si protende anche entro la tonaca media, infiltrandosi fra i fascetti di fibre muscolari, che cadono in preda a processi di degenerazione ialina e finiscono per scomparire.

Alcune di queste arterie sono libere entro il parenchima uterino, altre possiedono un manicotto fibroso ricco di fibre elastiche, donde partono aggetti che si insinuano fra il tessuto muscolare costituente la massa fondamentale della parete uterina. Parecchi vasi possono riscontrarsi aggruppati assieme immersi senz'altro nel parenchima muscolare uterino, oppure circondati nella loro totalità od in parte da un'unica zona perivasale a forma di manicotto completo o solo parzialmente delimitante, donde non di rado partono delle propaggini, che ri diffondono entro la parete muscolare uterina.

Le vene nel loro maggior numero riscontransi a lume ampio, ripieno di elementi sanguigni, in genere a parete più spesse della norma, a cagione d'una ipergenesi di connettivo fibrillare ed elastico, che ha la sua maggior sede nella tunica avventizia. Alcune vene sono occluse da trombi nei diversi stadi di loro organizzazione.

Il parenchima uterino è costituito dal tessuto muscolare qua e là intersecato da fasci di tessuto connettivo fibrillare con abbondante trama elastica, variamente anostomizzantesi, specialmente in modo più spiccato verso la periferia dell'organo.

Anche in tal caso la ipergenesi elastica è più spiccata in corrispondenza del collo, che non nel corpo.

*
* *

Ciò che colpisce sopratutto nel reperto istologico soprasegnato sono le alterazioni a carico delle pareti dei vasi uterini, che debbono ascriversi a quella speciale forma morbosa, nomata da Pozzi *angiosclerosi invadente.*

Lesioni vasali queste che possono ritenersi senza tema di smentita, la causa precipua della sindrome morbosa emorragica presentata dalle due sopracitate pazienti, giacchè queste abbondanti perdite sanguigne, che hanno come speciale caratteristica di iniziarsi nel periodo mestruale, prolungan-

dosi anche notevolmente oltre il suo termine normale, si addimostrano in stretto rapporto con uno ostacolo esistente all'emostasi spontanea, appunto dovuto al fatto che i vasi uterini muniti di pareti ispessite per una cospicua ipergenesi di tessuto connettivo fibrillare ed elastico, a guisa di tubi rigidi, sono insufficientemente suscettibili di retrazione, donde la tendenza a rimanere a lungo aperti, sanguinanti; cui ne consegue direttamente l'infrenabile scolo di sangue.

Ben più difficile impresa riesce invece investigare e saper trovare la genesi vera di queste alterazioni vasali, giacchè, come più sopra già ho detto, se le diverse ipotesi, emesse dai diversi autori, sono tutte razionalissime e probative per quei singoli casi descritti, hanno però tutte il grave inconveniente di non poter essere generalizzate alla totalità delle inferme. Per modo che se vi sono dei casi che possono riconoscere come momento eliologico alcune forme infettive generalizzate ad andamento cronico, od un'infezione sifilitica, od una diatesi organica, ecc., si riscontrano altri non rari casi, in cui le ricerche anamnestiche più accurate ci lasciano all'oscuro per riguardo alla causa efficiente o coadiuvante, non riuscendo a metter in evidenza nessuna di quelle molteplici infermità e stati patologici diversi, di cui da varî autori è già stato illustrato il nesso etiologico probabile con tale lesione localmente circoscritta ai vasi dell'utero.

Ad es. nei nostri due casi si tratta di donne ancora in buon periodo di vita, in cui si può escludere con certezza la sifilide; non esistono segni di arteriosclerosi localmente circoscritta o generalizzata, non vi furono forme infettive ad andamento subcontinuo o cronico nè locali, nè generali (se si toglie nella prima un'infezione tifoide all'età di 27 anni guarita nello spazio d'un mese) sfuggono dati sufficienti per ammettere un temperamento diatesico artritico, esiste però in ambedue i casi, investigando con accuratezza nell'anamnesi un ordine di fatti che può gettare uno sprazzo di luce sulla ancor oscura, controversa e multiforme patogenesi di questa interessantissima forma morbosa.

Ambedue queste donne; per un periodo di tempo oscillante intorno gli undici anni, a scopo anticoncezionale hanno messo in pratica con perseverante costanza nei loro continui e frequenti contatti sessuali, del resto intensamente sentiti d'ambo i coniugi, delle misure malthusiane, che per meglio specificare consistevano nel coito incompleto.

Durante l'atto sessuale si ha una notevole iperemia di tutto l'apparecchio genitale: ovaia, utero, vagina, vulva ed anche in moltissimi casi le mammelle, come appunto avviene dell'organo genitale mascolino, entrano in uno stato d'erezione, si inturgidiscono, si riempiono enormemente di sangue. Tale stato di erezione cessa col completarsi dell'atto venereo, come cessa nell'uomo, e tutto rientra nelle sue abituali condizioni. Ma perchè ciò avvenga occorre che la coabitazione sia completa, quale è voluta dalla natura; se essa invece non è tale, se si esercita con fine malthusianismo il coito incompleto, accade allora che il detto stato di eretismo non si spegne fisiologicamente nella donna, in cui l'orgasmo venereo nel più dei casi si esplica con maggior lentezza, ma persiste anche quando il maschio ha cessata la propria funzione eiaculando all'esterno od all'ingresso dei genitali. Permane quindi per parecchio tempo ancora nell'apparecchio genitale

della donna una cospicua iperemia, per cui le ovaia si mostrano turgide, l'utero turgido ed esageratamente antiflesso ed antiverso. (*Bossi*).

Condizioni favorevolissime all'iniziarsi ed al pigliar piede di infiltrazioni parvicellulari lente, ma continue, a carattere neoformativo.

Ora facciamo seguire questo abnorme stato di cose per innumeri fiate durante anni ed anni di vita coniugale, e noi vediamo come questo ripetersi continuo di congestioni uterine patologiche maggiormente dovrà condurci a queste fatali conseguenze. E potranno comparire lesioni del parenchima uterino, che possono distinguersi (*Bossi*) anatomo-patologicamente in tre fasi ben differenziate, cui non vanno mai disgiunte alterazioni vasali, che anzi sono le prime a comparire; oppure potranno le lesioni iniziatesi alla parete vasale accentuarsi notevolmente, rimanendo in primo tempo normale o pressochè normale il rimanente tessuto uterino, donde appunto processi di angiosclerosi, giacchè sono appunto i vasi che per primi debbono risentire i tristi effetti di tali coefficienti morbosi.

Certo che non tutte le numerose donne che praticano per anni ed anni il coito incompleto verranno a cadere in una forma d'arterio-sclerosi uterina, come appunto non suole accadere delle donne sifilitiche, o diatesiche-artritiche, o colpite da processi infettivi generali ad andamento cronico. Ed in tal caso convien nettamente differenziare, non entrando affatto nel nostro giro di idee, tutte quelle donne le quali negli amplessi maritali non entrano in orgasmo venereo veritiero, o quelle altre, forse in minor numero, le quali per un'esagerata sensibilità sessuale rapidamente precorrendo il maschio mandano a termine l'atto sessuale.

Quelle poche donne, che rientrano nella categoria da noi esattamente delimitata; in cui sviluppansi nettamente queste lesioni vasali, può ritenersi sieno, o per speciali condizioni congenite o per speciali adattamenti acquisiti specialmente vulnerabili nel sistema vasale e più sottilmente nel sistema vasale uterino, tenendo presente che i processi di arteriosclerosi nella generalità dei casi, sopratutto nei primi periodi, non presentansi generalizzati a tutto il sistema vascolare organico, ma ora si localizzano ai vasi cerebrali, ora ai vasi renali, ora ai vasi cardiaci, ecc. Non sarebbe quindi fuor di luogo ritenere che possano questi coiti incompleti se ripetuti a luogo, nelle circostanze speciali da noi stabilite, esser una delle cause efficienti di processi di angiosclerosi uterina, sopratutto in quegli organismi a tali lesioni corrivi. Certo che se aggiungiamo a queste ripetute abnormi congestioni uterine speciali stati infettivi cronici generali, certi stati diatesici, infermità costituzionali, già riconosciute per se sole causa etiologica di angiosclerosi uterina, più facile sarà riscontrare questa entità morbosa.

Concludendo dunque, varî sono i coefficienti etiologici della angiosclerosi invadente uterina; fra questi noi dobbiamo anche porre l'uso continuato per anni ed anni in alcuni *ménage* d'una pratica malthusiana anticoncezionale: il coito incompleto.

BIBLIOGRAFIA.

BASSO — *Contributo all'etiologia delle emorraggie gravi della menopausa.* — (La Ginecologia - 1906 - Fasc. 7).
BOSSI — *Malattie utero ovariche e malthusianismo.* — Soc. Editrice Libraria - 1905 - Milano).
BOSSI — *Le conseguenze ginecologiche e sociali del malthusianismo.* — (Il Progresso Sanitario - 1906 - N. 8).
CHOLMOGOROFF — *Sclerose der Uterin arterien.* — (Monatsch. für Geb. und Gyn., Bd. XI, Hft 3 - 1900).
DAVIS — *Haemorrhage occurring after the menopause.* — (Rif. The americ. gyn. and obst. journ. - Vol. XVII - Sett. 1900).
DOLÈRIS — *Métrites et fausses métrites.* — (Paris, 1902).
EVOLI — *Sulle alterazioni dei vasi uterini nelle gravi metrorragie.* — (La Ginecologia - 1907 - Fasc. 24).
FRANCESCHINI — *Menorragie e metrorragie d'origine sifilitica.* — (La Clinica Ostetrica - Fasc. 2 - 1905).
FREELAND BARBOUR — *Climateric haemorrhages due to sclerosis of the uterus-vessels.* — (The jour. of obts. and. gyn. of the Britisch Empire - Vol. 7 - N. 6).
GIORGI — *Alterazioni dei vasi dell'utero in rapporto ad emorragie gravi.* — (Atti della Soc. Ital. di Ostet. e Gin. Vol. XI).
LA TORRE — *Della sifilide uterina.* — (La Clinica Ostetrica - 1904 - Fasc. 12).
MARCHESI — *Sclerosi dei vasi uterini.* — (Arch. di Ost. e Gin. - 1897 - N. 2).
MACDONALD — *Intractable uterine haemorrhage and arterosclerosis of the uterine vessels.* — (Journal of Obstet. and Ginaec. of the Britisch Empire - Vol. XI - Pag. 152).
MORISANI T. — *Contributo alla conoscenza della sifilide uterina tardiva.* — (Arch. di Ost. e Gin. - 1901 - N. 1).
MORISANI T. — *Una isterectomia vaginale per metrite emorragica.* — (Atti della Soc. Ital. di Ost. e Gin. - Roma, 1901).
PICHEVIN ET PETIT — *Lésions vasculaires de l'utérus et metrorragies.* — (La Sémaine Gynecologique - 1896 - Paris).
PICHEVIN — *Hémorragies utérines et lésion vasculaires de la matrice.* — (La Sémaine Gynécologique - 1904 - Paris).
POZZI ET LATTEAUX — *Sur une forme rare de métrite hémorragique.* — (Revue de Gynéc. et de Chirurgie abdom. - Paris, 1899).
REINICKE — *Die Sklerose der Uterin arterien un die Klimakterischen Blutungen.* — (Archiv für Gin. Bd. 53, Hft. 2).
RICCI — *Metrorragie per alterazioni primitive delle pareti vasali.* — (Atti della Soc. Ital. di Ost. e Gin. - Roma, 1904).
SIMMONDS — *Ueber Blutungen der Endometriums bei Sclerose der Uterinarterien.* — (Münch. med. Woch. - N. 2 - 1980).
SLOCUM — *Arterio-sclerosis of the uterus.* — (Surgery, Gynec. and Obstet. April, 1908 - N. 4).
SPINELLI — *Sifilide tardiva uterina.* — (Arch. ital. di Gin. - 1900 - Fasc. 6).
SZASZ-SCHWARZ — *Recherchez sur les altérations séniles des vaisseaux sanguins et sur le tissu élastique de l'utérus.* — (Revue de Gynéc. et de Chirg. abdom. - 1903).

RECENSIONI.

Franz Ludwig von Neugebauer. — **Hermaphroditismus beim Menschen.** (*L' Ermafroditismo nella specie umana*) — Leipzig. 1908. Verlag von Dr. Werner Klinkhardt.

In questa voluminosa monografia, illustrata da numerose e ben pregevoli incisioni, l'A. ha raccolte tutte le osservazioni che si sono fatte e descritte nella letteratura scientifica, ed anche nella artistica a riguardo degli ermafroditi della specie umana.

Siccome il concetto dell'ermafroditismo a cui l'A. si ispira è quale Halban e Magnus Hirschfeld lo hanno determinato (V. capo III, pag. 619), estendendone la comprensione tradizionale, così la varietà delle considerazioni a cui potè dar luogo la raccolta casuistica è molteplice ed interessantissima. L' individualità ermafrodita è un prisma irregolare a molte faccie, attraverso al quale i raggi della luce, di cui le scienze biologiche e sociali illuminano presentemente la personalità umana, deviano in modi bizzarri resultandone una immagine totale antropologica come quelle ottiche confuse dalle aberrazioni cromatiche.

L'anatomia, la fisiologia, la psicologia, la scienza del diritto civile e penale, la cronaca di curiosità — che non è una scienza, ma è pure un modo umano primitivo di apprezzare i fenomeni naturali, — si sono trovate, ciascuna per sè e tutte insieme di fronte a fatti oscuri nella loro genesi, aberranti nelle loro conseguenze e meritevoli di riguardi speciali dal lato giuridico. Questo concetto è come il ramo su cui come gemme si sono sviluppate le idee scientifiche nelle quali si può risolvere: è l' ossatura del libro. Per forza di cose non tutti gli ermafroditi umani conosciuti sono stati studiati da ogni punto di vista, non tutti si prestano alla stessa varietà e molteplicità di considerazioni.

Perciò l'A., perchè ogni studioso possa ritrovare nella casuistica enorme di 1891 osservazioni i casi che più hanno attinenza coi proprii studi, ed anche le caratteristiche più interessanti di ciascun caso, ne ha fatto degli aggruppamenti intitolati dai concetti che nei casi analoghi egli ha messi in rilievo. Così gli studiosi di diverse discipline scelgono con facilità, sulla guida della numerazione, i particolari che li interessano, già messi dall'A. bene nella luce delle idee moderne embriologiche, giuridiche, ecc., ecc., a cui il fatto ermafroditismo può e deve essere collegato.

L'opera corrisponde al proposito dell'A. così espresso: « essa alleviera il lavoro di quello studioso che voglia elaboratamente occuparsi di una qualunque questione inerente all'ermafroditismo ». Essa merita oltre la benevola accoglienza che l'A. si augura anche la più seria considerazione delle menti colte.

Donzella

A. Verhaeghe. — **Considérations sur la fréquence de troubles genitaux chez les alienées et leur rôle en pathologie mentale.** — Ed. Santal. 1907. Lille I vol.

L'A. ha riscontrato il 73 % delle donne ricoverate per infermità mentali nell'asilo di Bailleul affette da disturbi dell'apparecchio genitale.

Fra questi disturbi genitali, un minimo numero sono congeniti, e tali da potersi ritenere stigmate generali di degenerazione; pure in tenui proporzioni ebbe a riscontrare lesioni di origine non inflammatoria e che richiedevano un intervento chirurgico anche non di assoluta necessità, dal quale però sempre ritrassero cospicuo giovamento.

Mentre frequentissime, nelle proporzioni del 50 % e più, riscontrò le lesioni

inflammatorie, che nel terzo dei casi trovano l' origine loro in parti recenti. Il trattamento curativo appropriato di queste forme inflammatorie genitali d' origine puerperale ha sempre dato splendidi risultati, sempre migliori che non allorchè la lesione inflammatoria uterina trova un' altra origine all'infuori del periodo puerperale. Esisterebbero dunque stretti rapporti fra psicosi d' origine puerperale e fatti inflammatori genitali durante il puerperio.

Nelle malate di mente frequentissimi riscontrò i disturbi della mestruazione: le donne inferme di paralisi generale, di demenza precoce e di melanconica nella generalità dei casi sono amenorroiche; le donne epilettiche, maniache ed in preda a delirio sono nel più dei casi dismenorroiche.

Rebaudi

L. Gualino. — **Contributo clinico alla patogenesi delle epilessie mestruali.** — Annali di Freniatria 1907. fasc. IV.

In una giovane donna, a fondo psicopatico, la quale presenta delle mestruazioni regolarissime per tutti i loro caratteri, esclusivamente ad ogni periodo mestruale, e questo dall'epoca della comparsa della prima mestruazione, intervengono da uno a tre accessi convulsivi epilettiformi.

Furono tentate varie cure: nessun miglioramento ebbe dalla cura di Flechsig, che non riusciva però ad allontanare i mestrui; scomparsa degli accessi allorchè con cure opportune si soppresse del tutto il flusso sanguigno mestruale. Si intervenne allora coll'opoterapia ovarica che diede splendidi risultati curativi.

Concludendo intorno alla patogenesi di questa forma di epilessia mestruale, l'A. confortato dagli esiti curativi, ritiene che la si possa imputare ad una insufficenza ovarica, donde come conseguenza una speciale tossiemia, la quale, agendo su centri nervosi non del tutto normali, li modifica per modo, che gli stimoli, sia pure fisiologici, indotti dalle condizioni mestruali, possono determinare per via riflessa l'insorgenza di accessi epilettiformi.

Rebaudi

P. Bar e R. Daunay. — **Valore della reazione di Wassermann per la diagnosi di sifilide latente dei neonati.** — (*Società di Biologia di Parigi. Seduta 20 Giugno 1908*).

Gli AA. hanno condotto ricerche, onde poter concludere se la reazione di Wassermann può dare qualche dato attendibile per la diagnosi di sifilide in neonati, che non presentano alcun sintomo apparente di tale infermità.

A tale scopo si sono serviti di sangue tolto per mezzo del taglio del cordone, esaminando contemporaneamente anche in un certo numero di casi il sangue della madre. Dieci dei neonati e delle donne prese in considerazione non presentavano alcun segno, nè sintomo di sifilide.

Gli A. A. hanno riscontrato un ritardo nell'emolisi. da attribuirsi in parte al fatto che nel siero dei neonati vi sono dei pigmenti biliari.

Ora considerato che la presenza di discrete quantita di pigmenti biliari nel sangue dei neonati al momento della nascita è la regola, il valore della reazione di Wassermann, nei casi in cui è leggermente positiva, e sono i casi più frequenti, è molto infirmato.

Gli A. A. hanno ancora riscontrato un ritardo nell' emolisi, usando del siero lattescente di un certo numero di bambini dai due a tre mesi di vita.

Rebaudi

Due questionarii di Psicologia, Criminologia e Sociologia Ginecologica proposti dalla "Ginecologia Moderna"

Il problema dell' *astinenza sessuale* nell' uomo, ha testè appassionato vivamente fisiologi, igienisti e medici della Germania, della Russia, della Francia e d'altre Nazioni ed i giudizii, se non furono concordi, furono però utili per una sintesi conclusionale, ove si consideri che rappresentano le opinioni di scienziati della maggior fama quali Pflüger, Brieger, Strümpell, Hensen, von Leyden, Forster, v. Esmarch, Büchner, Gärtner, Neisser, Löffler, Pfeiffer, ecc.

Per rapporto alla donna due problemi pure ritengo che si impongano per l' importanza loro e per l' entità dei corollarii che se ne possono dedurre, quello della *sensibilità sessuale* e quello dell' *aborto criminoso.*

A priori essi sembrerebbero indipendenti l'uno dall'altro e come tali possono essere trattati, ma se bene e a fondo si considerano, apparirà come possa esistere fra l' uno e l'altro qualche nesso utile a rilevarsi sotto il punto di vista sociologico e medico legale.

È ormai universale presso tutti i popoli, e in seno a tutte le classi sociali la constatazione di un crescendo veramente grave e, oso aggiungere, spaventoso, dell' aborto criminale. La scusante del pubblico indifferente starebbe in un conflitto oggi più che mai accentuatosi fra i bisogni sessuali e le necessità economiche.

Le opinioni d' altronde relative alla *sensibilità sessuale* della donna in confronto a quelle dell' uomo e sulle *maggiori o minori necessità sue fisiologiche sessuali* sono tuttodì così disformi, incerte e contradditorie da richiedere ora più che mai di essere largamente dilucidate.

Così, ad esempio, è una credenza generale che a seguito dell'ablazione dell'utero e della ovaja subentri gradi gradi nella donna l' insensibilità sessuale.

Orbene io ho potuto raccogliere 14 casi nei quali all' incontro si ebbe tale esagerazione nei bisogni sessuali da costituire una vera forma morbosa non solo, ma da dominare la vita morale e famigliare delle pazienti, tanto che due furono causa del suicidio del

marito, una divenne delinquente, e quasi tutte le altre furono l'origine di gravi squilibri morali e materiali delle relative famiglie.

Molte e di grande entità possono quindi essere le applicazioni che, dalla soluzione anche incompleta di tali quesiti, si possono fare nel campo della psicologia, della medicina legale e della sociologia ginecologica.

La *Ginecologia Moderna* quindi ritiene di compiere un' opera utile proponendo ai suoi lettori, ginecologi, igienisti, medici legali, psichiatri, fisiologi, giuristi il seguente questionario di cui verranno man mano pubblicate nei futuri numeri le risposte, che raccomandasi siano il più che è possibile concise:

1.° Quale è la vostra opinione per rapporto alla sensibilità sessuale della donna in confronto a quella dell'uomo?

2.° Quale è la vostra opinione sulle maggiori o minori necessità sessuali della donna in rapporto alla età e alle condizioni sue sociali?

3.° In quali proporzioni e perchè ritenete voi aumentati gli aborti criminali?

4.° Quali sono i rimedi che proporreste contro l' aborto criminale?

Genova, 27 Dicembre 1907.

BOSSI.

Risposta del Dott. Muzio Pazzi

Libero Docente in Ostetricia e Ginecologia

1. — Durante un ventennio, circa, di esperienza maturata nelle cliniche, negli ospedali e nell' esercizio professionale libero, ho potuto persuadermi che la sensibilità sessuale della donna in confronto a quella dell' uomo è assai inferiore; cosicchè se fra dieci uomini di tendenza sessuale normale troviamo differenze solo nel grado della sensibilità, troviamo invece che sopra dieci donne in più della metà vi è la mancanza assoluta dell'orgasmo sessuale. Nè è a credersi che la mancanza dello stimolo sessuale stia in rapporto di causa ad effetto con la sterilità perchè, come osserva anche lo *Strassmann,* molte donne assai prolifiche non desiderano affatto di rimanere incinte ed havvi in loro assenza di libidine e di voluttà. L' eccitazione fisiologica del centro genesiaco in un discreto numero di donne cessa dopo il primo parto. Nelle stesse donne colpite da perversione sessuale (masturbazione - omosessualità) l'eccitamento naturale va a scomparire.

Quando invece la sensibilità sessuale nella donna esiste in grado uguale, o superiore, a quella dell' uomo supera sempre la potenzialità sessuale del proprio rivale. Ma questo fatto è eccezionale ed appartiene più alla patologia che alla fisiologia.

La donna è fortunatamente meno sensibile dell'uomo dal lato sessuale, e deve ciò stare in rapporto non solo alla sua speciale conformazione autogenica, ma a speciali fini morali e sociali cui la donna è destinata in natura.

La funzione mestruale in coincidenza con l'attività delle glandule seminali, con la maturità sessuale, non che con la evoluzione ed involuzione funzionali di altri organi glandulari lontani, la espressione di un fatto che non può essere considerato come un semplice avviso che delle uova mature abbandonano l'ovisacco per annidarsi in altro luogo, dato che vengano fecondate. Tale funzione capace di aumentare nel periodo premestruale le parti solide delle urine (*Jacoby*) e di diminuirle in seguito (*Schrader*, *Luethie*, *Keller*); di modificare la tensione superficiale dell'urina (*Rebaudi*); di diminuire o di aumentare l'emoglobina ed il ferro del sangue (*Soli*), o i globuli rossi (*Sfameni*); di abbassare nel periodo premestruale e nei primi giorni del flusso uterino l'attività coagulante del sangue ed il suo potere battericida ed antitossico (*Raineri*, *Birnbaume Osten*); di aumentare o diminuire il peso specifico del sangue (*Cappone*); di modificare il potere viscosimetrico e le piastrine del sangue (*Rebaudi*); di dimostrare insomma una spiccata influenza della funzione utero-ovarica nella ematopoiesi che si ripete ogni mese, invita a pensare che il sistema nervoso in generale della donna, ed in particolare il centro genesiaco, riceva uno stimolo diverso dall' onda rinnovata del sangue, che viene quindi ad imprimere nel suo organismo delle stimmate funzionali diverse da quelle dell' uomo.

Ed a queste stimmate funzionali diverse corrisponde il diverso carattere, la psiche diversa, il coefficiente morale più spiccato, la tendenza alla conservazione ed alla moltiplicazione degli affetti puri e sereni della donna normale, che sarà un giorno madre per trasmettere ai figli atavismi di senso morale. La funzione mestruale non è stata finora studiata a sufficienza in rapporto alle funzioni psico-morali della donna, e può darsi che una statistica ordinata, razionale, di casi di assenza e di esagerazione della funzione mestruale, in rapporto alla variazione della sensibilità sessuale femminile da un lato ed al pervertimento sessuale da un altro lato, porti un raggio di luce intorno alla fisiologia e patologia sessuale della donna in confronto a quella dell' uomo.

Ricordo alcuni casi osservati in pratica che vengono ad appoggiare l'idea che la funzione mestruale sia moderatrice della funzione genesiaca. Due signore, moralmente e fisicamente normali, furono colte da una esagerazione della sensibilità sessuale dopo la menopausa e dopo il 50.° anno di età; una signorina, attualmente in cura, è colpita da frenosi sessuali nel periodo premestruale, mentre è calma nel periodo mestruale; una signora arteriosclerotica di circa 70 anni, che ho pure in cura, insieme a doti morali ed intellettuali squisitissime ha mantenuto un grado eccezionale di sensibilità sessuale fino a due mesi or sono, in cui fu colpita da *angina pectoris* prima e da *insulto apoplettico* che la rese emplegica. Ebbene, que-

st'ultima signora pochi giorni or sono mi confidava di essere tormentata da insolito orgasmo venereo.

Non parliamo poi dei casi di persistente od esagerata voluttà sessuale in quelle donne che furono sottoposte per cura a sterilizzazione artificiale, come io stesso ho osservato in diversi casi, e come il *Bossi,* recentemente, ha pubblicato di avere raccolto « 14 casi nei quali all'incontro si ebbe tale esagerazione nei bisogni sessuali, da costituire una vera forma morbosa, non solo, ma da dominare la vita morale e famigliare delle pazienti, tanto che furono causa del suicidio del marito, una divenne delinquente, e quasi tutte le altre furono l'origine di gravi squilibri morali e materiali delle relative famiglie ».

Resta però sempre il fatto, in linea fisiologica, che la donna è molto meno lusingata dalla concupiscenza di quello che non lo sia l'uomo, e che la donna cede al suo corruttore più per amore che per passione. Da altra parte molte madri onestissime subiscono, più che godere, il coito, e molte prostitute compiono l'atto per una abitudine professionale, per scopo di lucro o di ambizione, non per diletto materiale.

E la ragione di questo fatto deve essere insita alla natura stessa dei soggetti in questione.

Il *Lombroso* ed il *Ferrero* scrissero, non senza ragione, che l'amore femminile non è in fondo che un aspetto secondario della maternità e che tutti quei sentimenti d'affetto che legano la donna all'uomo non nascono dall'impulso sessuale, ma sono istinti di soggezione e di devozione acquistati in forza dell'adattamento.

L'uomo invece, è sempre audace, sempre cacciatore e schiavo troppo spesso dell'impulso sessuale che è legato alla sensibilità sessuale che lo controdistingue.

Solo quando la sua cultura intellettuale, il fondamento morale, il temperamento moderato inibiscono in lui le frenesie passionali, la sensibilità sessuale cede alla supremazia della ragione, ai moniti della scienza e l'uomo si avvicina al senso morale della donna per formare il senso morale della famiglia prima e della società dopo.

II. — Con tali premesse è facile concludere che se natura ha provveduto la donna di una precoce maturità sessuale, in confronto all'uomo, ha poi dato alla medesima il conforto di minori necessità sessuali congiunte ad una fioritura proteiforme di sentimenti delicati ed a germi di virtù morali domestiche e sociali inestimabili.

Tutto dipende dal non sradicare questi sentimenti, di non renderli sterili sotto la sferza della prepotenza, dell'ironia, dell'abbandono e di non coprire l'inestimabile tesoro spirituale con volgari e passionali contumelie, o con falso spirito di modernità che vorrebbe cambiare profumo alla Virtù e veste alla Scienza.

Nell'ultimo libro pubblicato recentemente a Parigi da *Th. De-Lanessan* si chiede per le donne un insegnamento diverso da quello attuale; egli vuole cioè una doppia educazione, generale cioè e professionale, perchè prima di ogni altra cosa fa duopo preparare la donna ad essere buona sposa e buona madre, poichè questa è la sua vera professione dove essa eccelle, mentre in ogni altra resta sempre una mediocrità.

Altro che ricorrere ad una scienza nuova, alla *eugenetica* per scoprire il mezzo di migliorare la razza, impedendo la nascita dei meno adatti a sostenere le difficoltà della vita! Miglioriamo la donna, ecco tutto.

La società moderna, ha tolto, o cercato di eliminare, il dualismo del sesso nella lotta della vita, emancipando l'idealità della donna.

Sia pure, purchè resti alla donna la purezza del sentimento e l'idealità della specie rinnovata e fortificata nella discendenza; purchè resti alla donna il segreto di beatificare la famiglia. Per ottenere questo, crede la società che basti stabilire delle leggi che regolino il lavoro professionale in rapporto al sesso e alla età? È necessario ben altro.

In tutte le manifestazioni della vita individuale e sociale ora, come tempo fa, si osservano gli stessi fenomeni patologici dovuti alle malattie sessuali in rapporto con l'aumento della prostituzione. Quella prostituzione che non ha la scusante di una sensibilità sessuale esagerata, ma che impera per mancanza di educazione, di istruzione, di buon esempio in tutte le classi sociali.

In Germania, a tale proposito, è sorta una società per combattere le malattie sessuali ed una scuola di *Pedagogia sessuale*, che vedremmo sorgere volontieri anche in Italia come rimedio purificatore delle nostre bellezze femminili traviate.

La missione di questa scuola, secondo il Dott. *Julian Marcuse*, all'intento di educare e di migliorare anche nei costumi la generazione nuova, di corroborarne il carattere e la volontà, sta nel completare, o nel sostituire, quando manchi, l'opera dei genitori. La pedagogia sessuale trova il suo più alto fine nel saper destare una specie di sentimento di responsabilità in cuore ai giovani che stanno per lasciare la scuola, onde essi intendano che è loro dovere di contribuire al bene della patria e della umanità lasciando dopo di sè generazioni sane e gagliarde.

La società moderna non dimentichi che l'avvenire non può essere che come il presente frutto di sacrifici e di dolori, non meta di gaudio e di mollezza.

La donna, che oggi cresce col pensiero che domani potrà giovare a sè stessa in tutti i mestieri, in tutte le professioni, senza l'aiuto dell'uomo, il quale altro non è capace che di ingombrarle il cammino ascendentale verso la libertà, col peso dei figli e della famiglia, non è la donna ideale.

Il sentimento della maternità, come l'orgoglio della paternità, devono ancora costituire il perno intorno a cui gira la ruota della vita dei secoli presenti e futuri.

Ma se noi creeremo delle condizioni anormali di vita alla femmina ostacolandone, ora lo sviluppo del corpo, ora quello dello spirito, creeremo ancora la complice dell'uomo nella degenerazione della specie, nel cammino trionfale del malthusianismo, nella rapida discesa del senso morale e nella diffusione dei crimini.

Non dimentichiamo che chi trascina la donna nel perventimento sessuale è l'uomo che per primo, dopo aver soddisfatti i capricciosi ed impetuosi desideri sessuali, ostacola il riconoscimento della paternità come freno alla prostituzione e tacitamente approva, o indirettamente favorisce l'abbominevole forma dell'aborto criminoso.

La donna, per sè stessa, non essendo che raramente avida di piaceri sessuali, cui l'uomo si abbandona volontariamente per il falso pregiudizio della astinenza sessuale perniciosa, non cadrebbe mai così basso come il padrone del suo spirito e del suo corpo la spinge.

Dal momento che certe condizioni sociali non risentono ancora il beneficio delle leggi che devono regolare l'igiene del lavoro nelle donne e nei fanciulli, e che vi sono determinate professioni che ostacolano il regolare sviluppo e funzionamento dell'apparecchio genitale, oltrechè in una certa età naturalmente s'inizia l'orgasmo venereo in modo inebbriante; ad evitare che prenda radice il vizio passionale intervenga a tempo la società con buoni educatori e savi medici i quali dimostrino che la soddisfazione dell'appetito sessuale non rappresenta assolutamente un bisogno ed una necessità della vita e che nei casi normali, è sempre soggetto alla ragione dell'uomo.

Ma quest'opera di reintegrazione morale troverà pur sempre un ostacolo nella influenze deleteria dei filosofi, sociologi e giuristi, che non considerano l'aborto procurato come un delitto, mostrandosi in tal modo ossequienti ai precetti di Aristotile ed alle leggi di Licurgo e desiderosi di tramandare ai posteri le ricette di *Olimpia* e di *Cleopatra*.

III. — Per ciò che riguarda la statistica degli aborti criminosamente provocati, la proporzione loro riguardo al sesso, alla età, alle regioni, non che il presumibile loro aumento, riesce difficile il poterla raccogliere in modo che risponda alla verità, perchè questa specie di crimine si svolge tanto nel buio che solo in minima parte può essere colpita dalla legge. È vero che rivolgendo istanza all'On. Direttore della Statistica Generale a Roma avrei potuto ottenere la cifra totale delle condanne per aborto criminoso, almeno dalla promulgazione del nuovo Codice Penale (*Zanardelli*, 1889), ma oltre che per tale ricerca era necessaria una aspettativa poco propizia alla trattazione urgente di simile argomento, non avrei risolto il problema della statistica. Non di meno però, ho fatto alcune indagini bibliografiche e per quanto le medesime non soddisfino ai miei *desiderata*, credo però che abbiano il loro lato interessante per essere accennate.

Nulla ho potuto ricavare dalle ricerche fatte sul Censimento Italiano della Popolazione del Regno, dalle Statistiche sulle cause di morte, pubblicate a cura del Ministero di A. I. e C. e dalla statistica penale giudiziario che giunge fino al 1903. Inutili pure le ricerche di materia speciale negli schedari della R. Biblioteca Universitaria e della Biblioteca Comunale. Ciò che ho trovato nel 1.° Volume del *Digesto Italiano* (Lettera *A*, pag. 107) è quanto segue: « Per l'Italia ci mancano dati prossimi; ed il difetto di una statistica non interrotta e dettagliata c'impedisce di offrirne una serie per gli anni passati. Rileviamo soltanto che nel 1869, meno Venezia e Roma, si contarono solo cinque accuse di procurato aborto con otto accusati, di cui uno fu prosciolto. (Statistica Giudiziaria pel 1869, Tav. XVI). Nel 1870 troviamo un contingente anche minore e solo quattro condannati, tutte donne (due nubili e due vedove proletarie illetterate), (Stat. Giud. 1870, Tav. XX). Ciò si accorda con la scarsezza delle sentenze supreme (solo sei) che abbiamo potuto rintracciare in 15 anni, e ciò spiega

l'una o l'altra di queste due cose: o che in Italia il delitto in esame è rarissimo, o che la legge e la giustizia sono deluse e derise per l'indole del reato, la difficolta delle prove e l'accorgimento dei rei ».

Purtroppo l'esperienza posteriore ha dimostrato che questa seconda ipotesi era la più razionale.

Seguendo le mie indagini bibliografiche non ho trovato che un libro, relativamente recente, dove si parla specificatamente anche dell'aborto criminosamente provocato.

L'Avvocato *G. Ciraolo Hamnett,* pubblicando nel 1896 un suo accreditato libro sui delitti femminili a Napoli, raccolse in una tavola tutti gli imputati giudicati dalle Corti di Assise di Venezia, Roma, Napoli e Palermo negli anni 1887-88-89 non solo per parricidî. infanticidî, assassinî, veneficî, omicidî semplici, ferimenti seguìti da morte, grassazioni con o senza omicidio, furti qualificati, ma bensì per aborti, e trovò una cifra di 48 casi.

Considerando che l'*Hamnett* si è limitato ad un numero ristretto di Corti d'Assisi (sebbene fra le più importanti) possiamo considerare la cifra da lui data come assai lontana dal vero. Se poi partiamo dal fatto che la popolazione italiana del 1881 era di 28.953.480 abitanti, mentre secondo il censimento del 10 Febbraio 1901 è salita a 32.960.307 abitanti, facilmente ci persuaderemo che in questi 20 anni la media triennale degli aborti criminosi deve essere molto salita, dato, come più sopra accennai, che la delinquenza generale in Italia è purtroppo sempre in via di progresso, proporzionale alla maggiore densità della popolazione.

Dati statistici molto più completi ho potuto avere dalla gentilezza del Dott. *Renzo Tonini*, che si è rivolto all'Illustre Penalista On. Prof. *Stoppato* della R. Università di Bologna, dalle cui note particolari ha stralciato quanto segue: procurati aborti condannati nel quinquennio 1891-1895 (maggiorenni e minorenni) N. 79, di cui 21 maschi e 76 femmine; procurati aborti nel quinquennio 1896-1900 (maggiorenni e minorenni) N. 191, di cui 36 maschi e 155 femmine. Come si vede, confrontando i due quinquennî, le cifre ufficiali fornite direttamente dalla Direzione Generale della Statistica in Roma, dimostrano che i procurati aborti in Italia sono quasi raddoppiati. E se pensiamo al numero degli aborti criminosi che resta nella oscurità, noi saremo autorizzati a presumere che la cifra vera sia molto considerevole. Io credo però che il prendere per base una cifra puramente congetturale di aborto criminoso non sarebbe una cosa per cui potesse guadagnarvi la scienza e la verità, e che vale molto meglio contentarsi del dubbio giustificato che l'aborto criminoso in Italia sia molto diffuso, per ragioni che sfuggono necessariamente alla statistica. Fra questi, in prima linea, figurano tutti gli aborti criminosi non denunciati alla autorità giudiziaria e dei quali spesso sono responsabili le levatrici, le dottoresse in medicina ed i medici che si riparano dietro lo scudo del segreto professionale; ma se noi aggiungiamo tutti gli aborti procurati che le donne traviate, o mal consigliate, consumano senza mettere a parte del proprio segreto colposo gli esercenti l'arte sanitaria. non faremo fatica a presumere che, date le basi liberali della società moderna, l'aborto criminoso è diffuso in Italia quanto l'infanticidio, il parricidio e l'uxoricidio uniti insieme. E vorremo forse tacere, per un falso pudore di casta, quel tenue numero di

levatrici, di medici e di medichesse che coinvolgono la loro responsabilità nei reati di aborto criminoso, accecati da mire di lucro e non curanti del codice penale e della scossa che arrecano all'elastico e sgretolato edificio della moralità pubblica?

Se infine consideriamo il numero colossale di quegli aborti criminosi, che io chiamo *legalizzati*, intimamente legati alla infezione blenorragica, ed alla sifilide (*pericolo venereo*) per la facilità con cui la donna e l'uomo, benchè sposi legittimi si abbandonano al commercio sessuale e che porta con sè le malattie più serie degli organi genitali con la conseguente sterilità, o con l'aborto abituale, non c'è più bisogno di partire dalla statistica nota e registrata degli aborti criminosi nel Regno, perchè questa non rappresenta neppure la decima parte della realtà.

Ma quali sono quelle donne maritate o nubili che si adattano oggi al pensiero di una gravidanza illegittima? La leggerezza dei costumi, la superficialità del sentimento religioso, la smania di godere, la ripugnanza del sacrificio, il peso della famiglia, la lotta per la vita, sono ragioni sufficienti per calmare le coscienze mediocri e per confondere il reato od il pcccato con un bisogno irresistibile della materia e con semplici misure di precauzione per non aggravare la famiglia e la società di esseri infelici. Molte volte la ragione del reato sta nel pregiudizio di evitare uno scandalo, e così si crede che il fine giustifichi il mezzo. Nessun pentimento pel reato, nessuna resipiscenza.

La vita, oggi, è purtroppo considerata dall'uomo, come dalla donna, come una giostra che cammina sempre in tondo senza mai arrestarsi o come un'altalena dove le persone si trovano ora in alto ed ora in basso.

Ma!... la famiglia e la società sono responsabili di questo fallimento morale, di questa degradazione psichica.

Nella famiglia si confida troppo che l'educazione morale si faccia fuori di casa, alla scuola, e si è troppo esclusivisti o per l'insegnamento laico, o per il religioso.

La società d'altra parte alletta molto il pensiero, solletica la libertà personale, consiglia l'emancipazione, regola insufficientemente il lavoro, non distribuisce equamente i compensi, giudica troppo diversamente la responsabilità dell'uomo e della donna.

In alto i cuori, in alto le menti! Ma poi gli ingranaggi della famiglia e della società sono sempre quelli, con le solite imperfezioni aggravate ogni giorno più dalla indifferenza, dalla apatia e dall'odio per tutto ciò che sembra la terra promessa, cui non si approda mai.

Viviamo nel reale, distribuiamo meglio la responsabilità individuale, consolidiamo la morale, rispettiamo il sentimento religioso, facciamo il passo che la gamba permette e la ruota della vita girerà assai meglio. Freni l'uomo la sua ambizione, le sue prepotenze, le sue passioni. Consolidi la donna il tabernacolo degli affetti dove l'uomo s'inchinerà docile e mansueto, non più ebbro di alcool o di acquavite, ma orgoglioso e geloso dei tesori domestici che si riverseranno presto nella società come tesori per la patria.

Io ritengo, quindi, che se l'aborto criminoso è salito a proporzioni indecifrabili ed allarmanti lo si deve alla mancanza d'esercizio sia nel-

l'uomo che nella donna, attenuante in questa l'esempio malvagio e la debolezza di natura, di quei poteri inibitori delle passioni che sono il portato di un quotidiano esercizio delle facoltà nobili del cervello che preparano l'abito virtuoso alla psiche umana.

IV. — Nel *Trattato di Medicina Legale* conforme al diritto italiano costituzionale, pubblicato a cura dei professori *A. Filippi*, *A. Severi*, *A. Montalti*, *L. Borri* e *C. Biondi* (III. Edizione in corso di stampa) a pag. 125, nella parte II. che tratta dell' aborto criminosamente provocato, al Tit. IX (*Dei delitti contro la persona*) paragr. 1 (*Cenni storici*) si legge: « Non vi ha pagina umana, antica o recente, tanto ricca di riflessioni storiche, legislative, filosofiche, scientifiche, quanto quella nella quale si parla di *aborto criminosamente provocato*, e tanto è importante un siffatto argomento che dal sapere come esso sia, fino dai tempi remotissimi, uno dei più diffusi maleficî, talora impunito, o tollerato e poco colpito dalle pene le più gravi, fino alla morte, siamo giunti nei tempi moderni alla proposta di radiarlo dal novero dei delitti. A frenarlo nulla è bastato: nè rigore di pena, nè addolcimento di essa, nè diversione di responsabilità, nè istituzioni di previsione, nè progresso di civiltà, nè consigli, nè risveglio di doveri... nulla, nulla è bastato; e facile se ne intende la ragione quando si rifletta che la provocazione dolosa dell'aborto trae il suo movente dagli impulsi interni della concupiscenza umana... ». « Da un lato si grida: *Voi dolosamente troncaste nel vostro seno, una vita che avrebbe potuto essere quella di un cittadino utile alla famiglia ed alla società...* **dunque vi punisco.** Dall'altro lato si dice: *Ma se la provocazione dell' aborto ha il suo fine nell'* **honoris causa,** *non v'è alcuna lesione giuridica, quindi non può meritare sanzione penale* ».

Bastano queste poche parole eloquentissime per riassumere lo stato odierno della questione giuridica intorno all' aborto criminoso. Non comprendo però come essa possa arrestarsi a questo punto, se il reato in parola trae il suo movente dagli impulsi interni della concupiscenza umana che pur dovrebbe trovare un freno nella potenza inibitrice della ragione e della morale sulle quali si riflette la benefica luce della scienza e della esperienza.

Dopo che *Plüger, Brieger, Strümpell, Hensen, von Leyden, Forster, von Esmarch, Buchner, Gärtner, Neister, Loffler, Pfeiffer, Bossi* e molti altri affrontarono coraggiosamente il problema dell'astinenza sessuale non vi sono oggi giorno, nè medici, nè filosofi, nè giureconsulti che neghino alla castità una fonte sorgiva di salute e di energia fisica e morale. Dunque pensiamo ad infondere nelle masse i principî solidi di quella educazione morale che innalza lo spirito di responsabilità individuale, tanto dell' uomo che della donna. Se vogliamo ottenere questo non perdiamoci in vani e pericolosi sofismi e consideriamo quale il peggiore dei delitti quello che mina l'esistenza di una persona in germe di cui nessuno può misurare il valore potenziale futuro per la famiglia e per la società. E poichè l'unico mezzo coercitivo è l'azione penale, lasciamo libero passaggio a questa da cui si sprigioneranno sempre esempî fecondi di bene. A tal proposito anzi non sarà inutile divulgare le disposizioni del nostro codice penale che sono le seguenti:

Art. 381. — La donna che con qualunque mezzo adoperato da lei o da altri col suo consenso, si procura l'aborto è punita con la detenzione da 1 a 4 anni.

Art. 382. — Chiunque procura l'aborto ad una donna, col consenso di lei, è punito con la reclusione da 36 mesi a 5 anni.

Se in conseguenza del fatto dell'aborto o dei mezzi adoperati per procurarlo avvenga la morte della donna, la pena è della reclusione da 4 a 7 anni; se la morte avvenga per essersi adoperati mezzi più pericolosi di quelli ai quali essa abbia acconsentito.

Art. 383. — Chiunque fa uso di mezzi diretti a procurare l'aborto ad una donna, senza il suo consenso, contro la sua volontà, è punito con la reclusione da 30 mesi a 6 anni e da 7 a 12 se avvenga l'aborto.

Se in conseguenza del fatto dell'aborto, dei mezzi adoperati per procurarlo, avvenga la morte della donna, la pena è della reclusione da 15 a 20 anni.

Le pene stabilite nel presente articolo sono aumentate di un sesto se il colpevole sia il marito.

Art. 384. — Quando il colpevole di alcuni delitti preveduti negli articoli precedenti, sia persona che esercita una professione sanitaria, ed altra professione od arte soggette a vigilanza per ragione di sanità pubblica, che abbia indicati, somministrati, o adoperati i mezzi per i quali sia procurato l'aborto, o sia avvenuta la morte, le pene stabilite su quelli articoli sono aumentate di un sesto.

La condanna ha sempre per effetto la sospensione dall'esercizio della professione o dell'arte per un tempo pari a quello della reclusione inflitta.

Art. 385. — Nel caso di aborto procurato per salvare l'onore proprio, della moglie, della madre, delle discendenti, delle figlie adottive o delle sorelle, le pene stabilite dai precedenti articoli sono diminuite da 1 a 2 terzi e alla reclusione è sostituita la detenzione.

Dalla lettura di questi articoli si comprende che in tutti i modi il delitto è punito dalla nostra legge, che ha la sua ragione di essere anche se il maggior numero degli aborti criminosi rimane impunito, come l'unico mezzo diretto di difesa contro un delitto di persona, la quale acquista il diritto di vivere dal primo manifestarsi della sua forza vitale.

Un altro ordine di rimedi sarà dato dalle misure di profilassi sociale tutte legate alla rapida o lenta evoluzione civile. Basta nominare fra queste il miglioramento morale ed economico della popolazione, la ricerca della paternità, i patronati di assistenza per le traviate, la cultura del sentimento religioso, ecc.

Finalmente vi è la profilassi scientifica, la quale non consiste solo nella diffusione anche in Italia degli studi per la puericultura intrauterina nonchè delle scuole di *Pedagogia sessuale* (come anche il nostro *Mangiagalli* difende, o di *Neanogogia* sessuale come le chiama più propriamente il *Patellani*), ma bensì con la provvida istituzione di ostetrici provinciali, come ebbi a proporre nel Congresso delle levatrici del 1898 a Torino, per invigilare l'opera dei medici, dei farmacisti e delle levatrici (secondo l'ultimo

censimento 22,168 medici, 16,772 farmacisti, 13,866 levatrici) in materia ostetrica e con l'ordinanza tassativa dell'obbligo della denuncia degli aborti come ebbi a proporre a Milano nel 1906 all'epoca del XII Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

Bologna, *15 Febbraio 1908*.

MATTEO OPPECINI, *Gerente responsabile*.
STAB. TIP. G. B. MARSANO, *Corso Buenos Ayres, 21 - Genova*.

ANNO I. LUGLIO 1908. FASC. 7 *bis*.

LA GINECOLOGIA MODERNA
Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia
E DI
PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

IL PASSATO E IL PRESENTE
DELLA
GINECOLOGIA
e l'indirizzo scientifico, clinico e sociale della SCUOLA DI GENOVA

DISCORSO

tenuto il 7 maggio 1908, in occasione dell' inaugurazione dei nuovi locali della Clinica Ostetrico-Ginecologica della Regia Università di Genova, dal Prof. L. M. BOSSI, Direttore.

Onorevoli Signori e Signore,

Chiari Colleghi, Giovani egregi,

Sciogliere i debiti di gratitudine è il primo dovere, ed io lo compio premettendo un ringraziamento al Ministro della P. I., ai Colleghi stranieri di Londra, Edimburgo, New-Jork, Chicago, Parigi, Basilea, Budapest, Vienna, Strassburg, Bonn, Lipsia, Monaco, Pietroburgo, Mosca, ecc., a quelli italiani di Bologna, Napoli, Pavia, Palermo, Torino, ecc., alle Autorità Prefettizie, a quelle della Procura del Re, della Provincia, alle Municipali, Ospitaliere, Universitarie, ai moltissimi Sanitarî, agli Allievi e a tutti coloro, che così colla loro presenza, che con lusinghiere adesioni partecipano a questa festa della scienza sanitaria.

L' aver dato solennità all'inaugurazione di questi nuovi locali che, per quanto costituiscano un grande e forse inatteso progresso sul passato, sono però ancor lungi dal rappresentare un Istituto,

quale è voluto dalle cresciute moderne esigenze cliniche, didattiche e scientifiche, potrebbe sembrare a priori un eccesso, un iperbolismo.

Ma ben altre considerazioni intervennero quasi estranee all'entità materiale del fatto.

Il progresso scientifico, e con esso quindi il progresso civile e sociale, porta nel nome stesso la caratteristica sua essenziale: deve camminare, sempre camminare in avanti. Il soffermarsi è già per sè un regresso.

È però indubitato che, come per il viandante sonvi momenti di sosta durante i quali per prender lena s'arresta, riposa e si guarda indietro a constatare con soddisfazione la via percorsa, così, nello svolgersi delle attività umane, sonvi, a guisa di tappe, delle soste, che servono a fare la *sintesi*, l'*inventario*, dirò, del passato, del lavoro compiuto, allo scopo anche di stabilire logicamente il programma dell'avvenire, del lavoro da compiersi.

Orbene, noi ci troviamo appunto, così per rapporto al nostro istituto, che per rapporto alla *Ginecologia*, in un momento di sosta, di tappa.

Per strana e, dirò, felice fatalità, il soffermarsi in oggi per guardarci indietro e rivedere il cammino percorso da questo nostro modesto e piccolo Istituto negli ultimi cinque lustri, equivale a passare in rivista, a sintetizzare si può dire tutto il progresso della Ginecologia Moderna, dalla sua, diremo, infanzia, al massimo della sua vita di scienza e clinica adulta, e nel massimo della prosperità.

Son poco meno di cinque lustri, e più precisamente 21 anni, dacchè quale assistente succedetti al Dott. Bertazzoli in questa clinica.

Sono quattro lustri, dacchè in questo Istituto ebbi la sorte di ottenere la prima libera docenza in Ginecologia datasi in Italia, e farvi la prima lezione di Ginecologia tenutasi in questo Ateneo. E la Ginecologia moderna appunto, con un'evoluzione tanto rapida, da non potersi forse eguagliare ad altra branca della medicina, si iniziò, si può dire, si sviluppò e mirabilmente si completò in circa cinque lustri.

Ed ecco quindi come, per strane coincidenze di fatti e di date, mi è possibile affermare, che nella storia retrospettiva di questa Clinica, che seguî passo passo *de visu,* consacrandovi la parte migliore della mia esistenza, possiamo parallelamente seguire la storia retro-

spettiva della Ginecologia mondiale, e perciò assurgere, in oggi, da questa ricorrenza locale, alla sintesi di uno dei maggiori trionfi della medicina moderna.

Brevi cenni sullo sviluppo della ginecologia in genere.

Nel 1884-85, in cui io mi trovavo ancora studente a Torino, quell'università, che allora era ritenuta la prima per importanza scientifica (vi insegnavano Moleschott, Concato, Lombroso, Bizzozero, ecc.), non aveva nè insegnamento, nè letti di Ginecologia.

E qui mi si permetta di aprire una parentesi per essere più chiaro verso coloro che non si occupano in modo particolare di questo ramo della medicina.

L' insegnamento universitario di quanto riguarda clinicamente l'apparecchio genitale della donna era dapprima compreso sotto il titolo di *ostetricia;* ostetricia maggiore per i medici, ostetricia minore per le levatrici. E ostetricia significava lo studio della funzione della procreazione, quindi *fecondazione, gravidanza, parto, neonato, periodo d'allattamento,* erano i limiti così dell'insegnamento che della specialità.

Infatti nel 1882 nel *Traité complet de l'art des accouchements* di Tarnier et Chantreuil l'ostetricia veniva definita: « *la scienza che ha per oggetto tutti i fenomeni della generazione della donna* » e Leishman nel trattato: *A system of midwifery* (Glasgow, 1883) la definisce « *la scienza e l' arte che hanno per oggetto la cura della donna e della sua prole durante la gravidanza, il parto e il puerperio* ».

Ne conseguiva che tutte le malattie della vulva, della vagina, dell'utero, delle ovaia, delle mammelle, all'infuori della gravidanza, parto e puerperio, non erano nè insegnate, nè perciò studiate da nessuno in modo particolare, e le povere pazienti di tali malattie venivano indifferentemente ricoverate o nelle sale mediche o nelle sale chirurgiche ospitaliere, mai nelle sezioni e cliniche ostetriche, che erano considerate come il sacrario della maternità, nel quale sembrava un crimine l'accesso a qualunque paziente che non fosse gravida, partoriente o puerpera.

E per tal modo non esistevano nè specialisti di malattie utero-ovariche (ginecologi), nè ricoveri speciali (sezioni ospitaliere Ginecologiche o private Cliniche) per tali lesioni.

E ben ricordo come la prima clinica privata ginecologica, la prima casa di salute cioè esclusivamente per malattie utero-ovariche sorta in Italia, fosse l'attuale in Salita Noce, N. 9 (1), che nel 1891, rimasto per le solite vicende dei soliti concorsi (2) senza clinica, aprî onde continuare ad avere un campo clinico e operativo, adibendola metà alle pazienti povere.

Come pure rammento di avere in allora fondata (1890-91) la seconda Guardia Ostetrica per l'assistenza delle partorienti povere a domicilio sorta in Italia, mettendone la sede in quei locali dove avevo nel 1887 fondato l'ambulatorio ginecologico.

Ed allora ricordo pure che poco mancava non fossi giudicato folle, tanto sembrava temerario il fondare una casa di salute solo per ginecologia.

La Ginecologia come ramo della medicina a sè, come nelle mie lezioni definî « *lo studio fisico clinico della donna in quanto riguarda il suo apparecchio genitale* » ha per oggetto lo studio dell'anatomia, della patologia dei genitali femminili, della loro fisiologia e di quanto concerne la diagnosi delle alterazioni anatomiche e funzionali e il trattamento di esse.

Si può come tale quindi ritenere relativamente recente nel campo, dirò, ufficiale, tanto che, ripeto, avanti il 30 giugno 1887, in cui ottenni il primo decreto di libera docenza di Ostetricia e Ginecologia, le aggregazioni e le libere docenze erano solo in ostetricia, e solo pochi anni prima d'allora le Cliniche divennero e furono chiamate, oltrechè ostetriche, ginecologiche.

Vero è che io fino dalla prelezione al primo corso di Ginecologia tenutosi in questo Ateneo (Novembre 1887) proponevo, che

(1) Che sta per essere trasferita nella regione d'Albaro

(2) Trattavasi del concorso per la cattedra di Genova dell'autunno 1891, nel quale Bossi, per quanto fra tutti i concorrenti fosse l'*unico*, che da due anni dirigeva una clinica, fondandovi la sezione ginecologica, praticando *da solo*, in pubblico, *senza guida*, *i più* gravi atti operativi laparotomici, per quanto come titoli avesse già presentato il suo metodo di parto artificiale rapido, lo studio anatomico sulla riproduzione della mucosa dell'utero (il primo lavoro sperimentale al riguardo), il primo studio fattosi sull'apnea fisiologica dei neonati (il titolo di apnea fisiologica anche gli apparteneva), ecc., fu posposto a concorrenti che erano aiuti *in funzione* del Presidente della Commissione, del relatore della Commissione. Basterà d'altronde leggere al riguardo il coraggioso articolo pubblicato dal La Torre nel Num. 16 (mese d'Agosto) del giornale « *La Clinica Ostetrica* » del 1906 e leggere i giudizi della relazione di quel concorso per comprendere quanto accadde, e come ebbe di 10 anni ritardata la sua carriera universitaria, rimanendo per quasi 10 anni privato dalla direzione di questo Istituto.

(*N. d. R.*).

e gli Istituti Clinici della specialità, e i corsi di insegnamento, e i giornali, e i trattati si chiamassero unicamente *ginecologici*, allo scopo di meglio dimostrare e affermare, che la sola funzione di un apparecchio non poteva scientificamente e clinicamente assurgere all'onore di ramo speciale (Ostetricia), che dannoso era scindere lo studio clinico della funzione dallo studio clinico delle alterazioni dell'apparecchio, e che quindi il termine *Ginecologia* bastava, perchè comprendeva in sè, come un grande capitolo, l'Ostetricia.

Vero è che per essere logico giunsi a proporre che anche le Scuole per le levatrici si chiamassero *Scuole di ginecologia minore*, e *Cliniche ginecologiche* le relative Cliniche, con diritto a ricoverare ammalate d'utero e delle ovaje, e che per dare il buon esempio chiamai *Manuale di Ginecologia Minore*, un manualetto che pubblicai per le levatrici.

Ma tali mie proposte se in sè ebbero invero strenui sostenitori, non raggiunsero ancora la loro completa applicazione.

Orbene, ripeto, alla Università di Torino nel 1885 non vi erano nè insegnamento, nè clinica per malattie utero-ovariche.

E ben ricordò che per ottenere sei letti di ginecologia si dovette ricorrere ad una grave agitazione studentesca, che poco mancò mi costasse la sospensione dagli studi per averla promossa.

Nelle stesse condizioni versavano quasi tutte le altre cliniche italiane di Palermo, Messina, Catania, Napoli, Roma, Siena, Pisa, Padova, ecc.

Al De Cristoforis spetta il merito di aver intuito primo, ed in modo più completo degli insegnanti ufficiali, l'importanza della Ginecologia, ed infatti a lui si deve il primo manuale italiano d ginecologia, manuale nel quale tuttodì trovansi i più logici concetti di indirizzo clinico.

Ciò sta a dimostrare come occorra nell'indirizzo anche generale Universitario osservare una certa latitudine e, dirò, giustamente valutare e coadiuvare le energie che si esplicano anche all'infuori degli Atenei.

Il non seguire tale concetto equivarebbe a giungere alla burocrazia scientifica, il che significherebbe l'arresto del progresso scientifico.

Non altrimenti devesi combattere la falsa scienza e la pseudoscienza mirante solo a scopi individualistici.

E nel campo ufficiale, ma sempre dopo il De Cristoforis, il merito di aver associato l'Ostetricia alla Ginecologia spetta a

Domenico Chiara, che nell' Istituto di Firenze ebbe a svolgere in tale ramo le migliori attività.

All'Estero, con Carlo Braun e altri a Vienna, collo Schroeder, il Martin ed altri in Germania, col Duncan, col Wells, il Simpson, ecc., in Inghilterra, coll'Emmet nell'America del Nord, le condizioni erano migliori, ma ben lungi dal progresso attuale e in alcuni centri come in Francia, Spagna, ecc., inferiori alle nostre.

Ed invero nel Novembre 1885 avendo ottenuto un anno di studi all'estero per la Ginecologia, mi recai a Parigi.

Ma quivi rimasi assai deluso, quando constatai che ufficialmente non si insegnava che ostetricia (Tarnier); che non vi era nè una clinica, nè una sezione ospitaliera adibita alle malattie utero-ovariche.

In tutta la Francia il solo Amedeo Doléris (ciò è giusto ricordare) aveva di fatto intuita la moderna Ginecologia, fondando un piccolo Istituto privato nella Rue Navarre 12, dove faceva bellissime lezioni di Ginecologia e dove convenivano giovani volenterosi, a guisa quasi degli antichi Apostoli. E ben mi sovviene di essermi allora trovato con Pichevin, con Paul Petit, con Raul Blondel e altri, che in tali convegni conobbi primamente.

Le pazienti di malattie utero-ovariche erano sparse tutte nelle sale di chirurgia e di medicina, nessuna nei comparti ostetrici. Non esisteva insomma la specializzazione della Ginecologia in Francia nel 1885, se non nella mente e nella privata iniziativa del Doléris.

E in oggi? In oggi in Francia si commette il gravissimo errore di tenere l'ostetricia e la ginecologia divise in due rami e due insegnamenti distinti con cliniche indipendenti.

È a confidare che quella mente eletta che è il Bar, succeduto a Budin, riesca a riparare a tale serio errore.

Da Parigi mi recai a Londra e quivi invero con Wells, che già erasi ritirato all'esercizio privato e che fecemi assistere ad una laparotomia (è noto che allora aveva già superato le 1000 laparotomie per cisti ovariche) presso una cospicua famiglia, coi suoi due allievi Thornton e Bantock, succedutigli al Samarithan Hospital, col Duncan e col Godson (Bartholomeus Hospital), con Barnes Francourt, che mi fu largo d'ospitalità al Chelsca Hospital for Women, ecc., potei vedere fino d'allora in atto seriamente la moderna ginecologia e seguirne i primi progressi, nello stesso tempo che con Lister apprendevo la più seria applicazione dell' antisepsi.

Ritornando in Italia perciò rimarcai ancor più la gravità della lacuna che esisteva dal lato ginecologico, ancor più compresi quanto

danno derivasse alla scienza e sopratutto a migliaia di povere pazienti per il trovarsi della Ginecologia ancora allo stato infantile e in molti centri embrionario affatto.

Si fu in tali circostanze e in tali condizioni d'animo che nel Novembre 1886, avendo vinto dietro concorso per esami il posto di assistente effettivo (l'unico, perchè non vi era che un solo assistente), venni in questa Clinica Genovese.

Brevi cenni storici sul nostro Istituto.

La Clinica Ostetrica Ligure fu fondata nel 1834.

Fu dapprima diretta da chirurgi, poi dall'Arrighetti dal 1855 al 1866, da Zanobini dal 67 al 79, da Macari dal 79 in poi, traslocato qui da Modena.

Mi precedettero nell'assistentato gli ottimi colleghi Rosciano, Antonio De Ferrari, Arturo Masini e Bertazzoli, che sono felice di salutare tutti viventi e facenti onore alla classe sanitaria. Il De Ferrari ebbe il merito di pubblicare il primo rendiconto della Clinica (pel 1880-82).

Così l'Arrighetti, che Zanobini, Macari, Rosciano, De Ferrari, Masini e Bertazzoli avevano fatto grandi sforzi per migliorare l'Istituto.

Ma la nostra Università era allora di 2.° ordine, trascurata dalle superiori autorità, e quindi le innovazioni, che sono già d'abitudine difficili e lente a ottenersi, erano ancor più allora ostacolate.

Ed io in oggi che non poco faticai e sudai, ammiro ancor più e plaudo ai miei sopra nominati predecessori, *i quali fecero in modo che l'Istituto camminasse sempre in avanti.*

È facile comprendere però come rimanessi perplesso, giungendo dalle Cliniche di Londra, nell'assumere l'assistentato nella nostra Clinica, nella quale le deficenze erano enormi: la Ginecologia non esisteva neppur di nome e i parti al di sotto dei 100 all'anno.

A dimostrare la deficenza degli ambienti e del materiale basterà ricordare, che il prof. Macari nei rendiconti pubblicati nei due anni precedenti il mio assistentato scriveva:

« ... 96 furono i parti. *In quasi tutte le donne puerpere si osservarono sintomi di infezione e di avvelenamento puerperale, e malgrado l'uso pronto dei più raccomandati antisettici si perdettero cinque donne* ».

Debbo al nostro attuale Rettore, allora Preside della Facoltà, se, dietro i suoi incoraggiamenti, rinunciai ai posti che avevo a Milano e a Torino, e rimasi in questa Clinica quale assistente; come a lui e al compianto Secondi molto deve pei suoi progressi l'Ateneo Genovese.

Le innovazioni, che si poterono introdurre, fecero sì che nel biennio 1886-87, 1887-88, in cui rimasi assistente, si ottenne (come da rendiconto pubblicato dall'allor Direttore Macari) che: le ricoverate che nei precedenti anni, fino al 1885-86, erano sempre state da 91 a 99, divenissero:

118 nel 1886-87; 144 nel 1887-88; che la mortalità, che era superiore al 5 per cento, scendesse al di sotto del 2 per cento; che in entrambi i rendiconti il prof. Macari potesse scrivere:

« *In nessuna puerpera si ebbe vera setticemia* ». (Vedi Rendiconto del 1887-88).

Non era gran cosa, ma segnavasi sempre un progresso.

Si fu allora nel 1887 che, non potendo avere un ambulatorio ginecologico in Clinica per le povere lo fondai a mie spese in via S. Sebastiano, 16, usufruendone anche per l'insegnamento; e dello stesso locale poi usufruivo nel 1890-91, come sopra dissi, per fondare la *Guardia Ostetrica* per l'assistenza delle partorienti povere a domicilio.

Nel 1888-89 non fui più assistente, ma continuai il corso libero di Ginecologia iniziato nell'87-88, e nel Dicembre 1889, essendo mancato il compianto prof. Macari, venni chiamato dalla Facoltà a dirigere, quale incaricato, la Clinica.

Si fu allora che potei ottenere di adibire alcuni letti per l'insegnamento delle malattie utero-ovariche, e che nella nostra Clinica si fecero le prime operazioni ginecologiche.

Puossi perciò affermare che la Ginecologia teorica nel nostro Istituto si iniziò nel 1887-88 (nella *Riforma Medica* del febbraio 1888 è pubblicata la prima lezione tenuta appunto il novembre 1887 e dal titolo: « Frequenza delle malattie uterine e progressi della propedeutica ginecologica ») e la Ginecologia clinica e operativa nel 1889-90.

Ed ugualmente in tale anno si iniziò accanto al Museo ostetrico, che era stato molto arricchito dal Macari, un laboratorio.

Certo è che si lottava ancora e più che mai colle deficenze, tanto che io dovevo costantemente ricorrere alla ospitalità sempre larga del laboratorio di patologia generale del Prof. Griffini, che sono lieto di vedere qui presente e di ringraziare ancora vivamente.

Embrionale era il laboratorio e un ambiente qualsiasi, infatti,

un po' più illuminato degli altri, serviva come camera di operazioni ginecologiche.

Ma pertanto in quella camera si praticarono i primi tagli cesarei con esito felice e le prime laparotomie per miomi, seguite pure da felice esito.

E qui mi è grato potervi appunto presentare tuttora viventi e dirò, floridi, i risultati del primo taglio cesareo eseguitosi con esito felice in Clinica, non solo, ma in Liguria: la madre cioè e il figlio, Caterina Riva e Cesare Riva.

Caterina Riva in stazione eretta col figlio Cesarino

Data dell'operazione, 10 aprile 1891 — Data della fotografia, 27 febbraio 1901

Caterina Riva fu ricoverata in Clinica il 4 aprile 1891 gravida alla seconda metà del nono mese, presentando una viziatura pelvica delle più gravi (mm. 45 di C. V.) e una statura delle più basse che si possano rintracciare (cm. 102). Veggasi la relazione del caso dettagliata nella *Rivista di Ostetricia e Ginecologia* (Torino) del 1891.

L'operai di taglio cesareo demolitore il 10 aprile 1891 e usai il metodo dell'affondamento del peduncolo, uno dei primi casi operatisi in tal modo, non solo in Italia, ma anche all'estero. E l'esito fu felicissimo, perchè la piccola paziente col suo pargolo sortì a piedi dalla Clinica in 21.a giornata, ed oggi la rivediamo qui fra noi, ardita e felice col figlio diciassettenne.

La mia direzione durò un biennio il 1889-90, 1890-91.

Riprendendo dopo 9 anni, è cioè nel 1900-901, la direzione, *trovai l'Istituto pressochè nelle stesse condizioni in cui l'avevo lasciato nel 1891:*

lo stesso numero di personale assistente e gli stessi stipendi;
gli stessi locali suddivisi in varî piani e commisti agli ospitalieri;
lo stesso numero di letti.

Di poco differente il laboratorio; migliorata solo la camera operatoria, ma non per modo da poter essere adibita a lezioni clinico-dimostrative agli studenti.

Da sette anni la dirigo ancora di nuovo, e quanto oggi vi presenterò è il risultato di sette anni di ininterrotto lavoro:

Aumentato del doppio il personale assistente;
Migliorati gli stipendi;
Portata la Clinica su un unico piano;
Dotata la Clinica di una camera per neonati, uso *couveuse*;
Dieci letti in più;
Isolamento;
Provveduta di riscaldamento Koerting;
Costruiti laboratorî di chimica, di batteriologia e di istologia con relativo gabinetto di vivisezione e i necessari stabularî;

Costrutta un' aula operatoria e di lezioni così teoriche come dimostrative, che parmi risponda alle esigenze assolute della Clinica. Anfiteatro e sala operatoria infatti debbono essere un solo ambiente, dove senza danno delle ammalate le lezioni teoriche possono all'istante divenire, e dimostrative sulla paziente, e operatorie. La lezione cattedratica pei clinici ha fatto il suo tempo, sopra tutto in oggi in cui i giovani, sopraffatti dal lavoro e dai numerosi insegnamenti, debbono poter bene e positivamente usufruire del loro tempo.

Debbo pertanto con soddisfazione affermare che nessuno degli anfiteatri, anche esteri, (Parigi, Berlino, Vienna, Londra, ecc.), risponde in modo reale a tale principio. In tutti tali Istituti si fanno le grandi operazioni in apposita e soventi dirò *sontuosa* sala opera-

toria dove a un numero limitato di medici e studenti è dato vedere, *e vedere a disagio*, i particolari dell' atto operatorio.

La sala operatoria per una Clinica Ginecologica, di cui principale obbiettivo è l'insegnamento, deve essere un vero anfiteatro aperto a tutti, in modo che, *senza danno alcuno delle pazienti*, da tutti possa essere seguito il caso clinico.

Tale problèma, io credo, abbiamo risolto.

E lo risolvemmo in unione ai laboratorî e ai varî servizî con limitato dispendio, tanto che un illustre clinico straniero ebbe a dichiarare che noi spendendo meno di 100 mila lire avevamo tecnicamente quanto e meglio di quello che egli aveva spendendo quasi tre milioni.

Il lusso è superfluo negli Istituti Clinici; dove si ha l'ambizione strana di mostrare delle camere operatorie che costarono 100, 150 e più mila lire, è irridere al povero, è un'offesa alla vera beneficenza.

Ma l'avere i locali e i mezzi è meno che nulla, se di essi non si usufruisce opportunamente, così nel campo clinico, che scientifico, che didattico.

Passiamo rapidamente in rivista quanto si fece al riguardo nel nostro Istituto.

INSEGNANTI.

Anno Accademico	*Direttore*
Dal 1855 al 1866	Arrighetti
» 1867 al 1879	Zanobini
» 1879 al 1889	Macari (1)
» 1889 al 1891	Bossi (incaricato)
» 1891 al 1894	Pestalozza
» 1894 al 1900	Acconci
» 1900	Bossi

MOVIMENTO CLINICO.

Nel 1885-1886 — 32 letti - 99 ricoverate di ostetricia - nessun caso di ginecologia. Molti casi di infezione - 5 morte.

Nel 1886-1887 — (primo anno di assistentato) 32 letti - 118 ricoverate di ostetricia - nessun caso di ginecologia. Due morte, una per anemia acuta e una per ileotifo in gravidanza.

(1) Nel biennio 1886-87 e 1887-88 assistente Bossi. *(N. d. R.)*.

Nel 1887-1888 — (secondo anno di assistentato) 32 letti - 144 ricoverate di ostetricia - nessun caso di infezione. Tre morte, l'una per gravidanza extrauterina, una per tubercolosi, una per eclampsia.

Nel 1890-1891 (secondo anno di direzione come incaricato) 32 letti, 156 ricoverate di ostetricia, 86 di ginecologia, 80 operazioni ostetriche e ginecologiche.
Mortalità materna 1, fetale 0.

Nel 1899-1900 (Direttore Acconci) 32 letti, 219 ricoverate di ostetricia, 102 ricoverate di ginecologia, 102 operazioni ostetriche e ginecologiche.
Mortalità materna 2, fetale 4.

Nel 1901-1902 — (Direttore Bossi) 32 letti, ricoverate di ostetricia 248, ricoverate di ginecologia 132, operazioni ostetriche e ginecologiche 210.
Mortalità nessuna di ginecologia, una di ostetricia, e tre feti morti.

Nell' ultimo anno poi 1906-1907 con 42 letti si aveva:
un totale di 456 ricoverate con 306 operazioni.

Più che quadruplicato qnindi è il materiale clinico; ma se si considera che in questo settennio con una media di

50 studenti
75 allieve

e quindi di 125 allievi, non si ebbe che una media di 210 parti all'anno, si comprende **quanto siamo ancora lontani dall'avere un movimento ostetrico appena sufficiente per l'insegnamento dimostrativo.**

D'altronde chiaramente apparirà come dal numero limitato di letti assegnatoci si approfittò largamente, quando si consideri che in *nove mesi*, quale è la durata dell'anno scolastico si ricoverarono e si curarono più di 400 pazienti.

Riunii alla Clinica la Guardia Ostetrica per l' assistenza delle partorienti a domicilio, per modo che ora le pazienti curate dall'Istituto ogni anno sommano a circa **2300** se si tien conto anche delle ammalate di ambnlatorio.

Notevole risultato questo per la beneficenza pubblica; è però noto come poco si può usufruire dei casi di parto a domicilio e delle pazienti di ambulatorio per l' insegnamento.

Aumentai in questi sette anni il numero degli studenti e delle allieve di turno, in modo che in maggior numero possano ogni set-

timana assistere le pazienti; ma siamo ben lontani, ripeto, dal raggiungere anche l'appena sufficiente per fornire ai medici e alle levatrici tale una pratica, da renderli bene agguerriti nell' esercizio privato.

Indirizzo scientifico e clinico; attività scientifica.

Fu sempre mia precipua cura di dare un indirizzo scientifico e clinico al nostro insegnamento consono ai moderni progressi, così della medicina che delle scienze affini, ed un indirizzo anche tale che avesse un' impronta nostra.

Ciò è provato dalla preoccupazione che ebbi di fornire di buoni laboratorî la Clinica

Ciò è provato dalla produzione scientifica e clinica di questo settennio.

Basterà infatti accennare ai seguenti argomenti trattati nel nostro Istituto in questo settennio:

Le applicazioni all'estero della dilatazione meccanica immediata del collo dell'utero. — Mon procéde d'accouchement rapide (*Comunic. al Congresso di Parigi 05*). — Il mio metodo di parto artificiale rapido nelle cliniche ed a domicilio (*Società editrice libraria - Milano, 1905*). — Zwei Fälle rascher Entbindung mit meiner Methode. — Die tiefen Inzisionen als Metthode zur gewaltsamen. Entbindung und der vaginale Kaiserschnitt müssen aus der geburtshilflichen Prais ausgeschaltet werden. — Die Künstliche Geburt mittelst der schnellen mechanischen Erweiterung des Uterushalses und die mechanischen Dilatatoren. — Di un caso di grave inerzia dell'utero. — Prolasso vaginale con allungamento ipertrofico della porzione sopravaginale del collo in gravidanza. Parto artificiale rapido metodo Bossi. — Critica all'uso degli eccitatori e dilatori uterini nella pratica ostetrica, con speciale riguardo all'eccitatore Tarnier ed al dilatore Bossi. — Operazione Bossi per la provocazione dell'aborto e del parto forzato.

Les indications medicales à l'interruption de la grossesse. — (*Comun. Cong. Inter. Roma 02*) — Grossesse et tubercolose (*Cong. Inter. della Tubercolosi, Parigi 05*). — L'interruzione della gravidanza nella tubercolosi (*Comun. Congr. di Med. Int., Genova 05*). — Puerperio e tubercolosi. — Tubercolosi e gravidanza. — Sul modo di propagazione della tubercolosi negli organi genitali femminili. — Ricerche sulla trasmissione del bacillo della tubercolosi da madre a feto —. Sull'eredità della tubercolosi: ricerche in placente e feti umani: contributo dell'ostetrico alla lotta contro la tubercolosi.

Les consequences gynecologiques du Malthusianisme (*Com. au Congrès de Paris, 05*). — Malattie utero-ovariche e malthusianismo (*Soc. Edit. Libr.*

Milano 05). — Il Malthusianismo dal lato ginecologico e sociale (*Conf. all'Assoc. Medica Milanese*). — Emorragie genitali gravi da alterazione dei vasi uterini e pratiche malthusiane.

Studio anatomo-patologico e clinico sulle cerviciti ed endocerviciti in gravidanza. — Ricerche batteriologiche sulle cerviciti ed endocerviciti in gravidanza. — Flora patogena delle endocerviciti, endometriti. Considerazioni in rapporto all'eziologia ed alla clinica.

Sulla cura chirurgica del cancro dell'utero (*Cong. Ostet. Gin., Roma 02*). — Note sulla profilassi del cancro dell'utero. — A proposito di profilassi del cancro dell'utero e pel buon nome della Ginecologia Italiana.

Nebennieren und Osteomalakie. — Per la profilassi contro le deformità del bacino causate dal rachitismo. — Le capsule surrenali e l'osteomalacia. — Capsule surrenali, osteomalacia e rachitismo. — L'esito finale del primo caso di osteomalacia trattato col metodo Bossi.

La gravidanza tardiva e le sue indicazioni (*Comun. Acc. Med., Genova 05*). — Die Verzögerte Schwangerschaft und ihre Indikationen. — Studio clinico e medico-legale della gravidanza tardiva.

Nuovo pessario intranterino (*Comun. all'Acc. Med., Genova 05*). — Sulle stenosi cervicali.

Sulla degenerazione grassa dell'utero in gravidanza. — Iperinvoluzione dell'utero. — Ricerche e considerazioni sulle attività biochimiche del parenchima uterino umano durante la gravidanza ed il puerperio.

Ricerche intorno all'influenza, che l'incoagulabilità del sangue sperimentalmente provocata, esercita sulla determinazione del parto e dell'aborto. — Studio comparativo sui caratteri istologici e fisici del sangue della vena e dell'arterie ombelicali. — Die blutbilden Organe während der Schwangerschaft und dem Wochenbett. — Le piastrine del sangue durante la gravidanza, il parto, il puerperio, i catameni ed i primi giorni di vita dei neonati. — La vischiosità del sangue durante la gravidanza, il parto, il puerperio ed i catameni. — Nuovi metodi di ricerca istologica del sangue e cloronarcosi.

Ricerche sperimentali e cliniche intorno alle proprietà fisiologiche e terapeutiche del *Secacornin-Roche*. — L'*Eugenina Mione* nella terapia ostetrico-ginecologica. — Sull'uso del Metarsolo e del Metarferro nella pratica ostetrico-ginecologica. — La Paratoindina Vassale nel trattamento della eclampsia puerperale.

Come i maggiori centri di popolazione possano meglio provvedere all'assistenza chirurgica gratuita a domicilio delle partorienti povere. — Sulle infezioni puerperali acute (*Comun. Cong. Int., Madrid 03*). — Per la assistenza ostetrica a domicilio. — Ricerche batteriologiche sulla flora bat-

terica intestinale in caso di itteri gravi in gestanti. — Sulla disinfezione dell'apparato sessuale femminile. — Infezioni e pseudoinfezioni puerperali da *bacterium coli*. — Putrefazioni del liquido amniotico, con speciale riguardo all'azione del *bacillus aërogenes capsulatus*. — Contributo alla patogenesi dell'ittero grave in gestanti. — Ricerche batteriologiche in postumi di infezione blenorragica. — Di un particolare cocco anaerobico obbligato riscontrato in raccolta purulenta di pelvi-cellulite.

Autointossicazioni gravidiche ed insufficienza tiroparatiroidea. — Tossicità placentare e paratiroidi. — Contributo alla patogenesi delle intossicazioni in gravidanza. — L'azoto colloidale nell'urine delle donne durante la gravidanza, il parto ed il puerperio. — La tensione superficiale dell'urine durante la gravidanza, il parto ed il puerperio.

Studio sperimentale sulle modificazioni del ganglio celiaco durante la gravidanza e dopo la castrazione. — Ovaia, corpi lutei ed isolotti del Langerhans.

Contributo allo studio delle cisti vaginali. — Sugli adenomiomi e cistoadenomi dell'utero e delle tube. — Sulle capsule surrenali aberranti nell'ovaio. — Osservazioni sulla natura e sul trattamento della degenerazione sclerocistica del collo dell'utero.

La legge sul divorzio considerata dal lato ginecologico. — Sugli infanti illegittimi. — La levatrice attraverso i secoli.

Sulla scelta del miglior speculum vaginale nella pratica comune.

La placenta previa (Relaz. al Congr. Ost. Roma 1907).

Fibromiomi e gravidanza.

Sulla profilassi ginecologica.

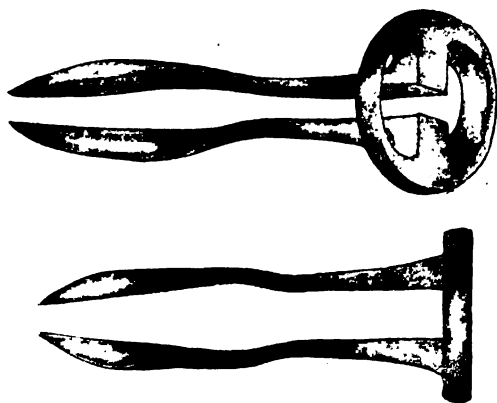
Furono circa un *centinaio* di memorie fra cliniche e sperimentali, che trattano gli argomenti più svariati in attinenza al ramo ostetrico ginecologico pubblicate, oltre che da me, dai Professori Zanfrognini, Varaldo, Montuoro, Depaoli, Giojelli *che in questo nostro Istituto ottennero nel settennio la libera docenza*, e dai Dottori Carli, Ciulla, De Marini, Donzella, Rebaudi, ecc.

Per rapporto all' **indirizzo** esso può riepilogarsi nelle linee seguenti:

Cominciando *ab ovo*, poichè siamo nel campo della procreazione, considerare la sterilità o *come sintomo o come causa* di lesioni utero ovariche, distinguendo sempre, a mezzo dell'interrogatorio, la sterilità *volontaria* dalla *involontaria*.

Nell'involontaria rilevammo sempre (è nostra persuasione, ba-

sata su vasta esperienza clinica), che nel 95 % dei casi la sterilità è dipendente da alterazioni utero-ovariche, solo nel 5 % è attribuibile al maschio.

Ne consegue che come la febbre, il polso frequente, i mestrui irregolari, la leucorrea, costituiscono sintomi di lesioni, così la sterilità deve coscienziosamente farci porre e risolvere in ogni singolo caso il quesito se cioè non esistano deformità o malattie utero-ovariche che la sostengono. E di quale e quanta portata sia tale concetto è facile immaginare.

Pessario intrauterino Bossi.

Si fu in base ad esso che la nostra scuola più di ogni altra assodò, coll'appoggio di numerosissima statistica, quanto siano frequenti i casi di sterilità (e nel contempo di dismennorea e gravissimi squilibri nervosi) da esageratissima antiflessione dell'utero o congenita o acquisita durante l'epoca dello sviluppo sessuale.

A tali casi nei quali la parete anteriore del corpo dell'utero tocca quasi la parte anteriore del collo sopprimendo il fornice anteriore, e il collo è atrofico e rivolto a becco contro il pube, io diedi il nome di *utero a lumaca* e ne proposi il trattamento ideando all'uopo un mio speciale pessario intrauterino, dal quale ebbi in questi ultimi cinque anni risultati talora insperati (1).

Come vedremo è dovere anche sociale nella classe sanitaria di combattere il Malthusianismo, mettendone in rilievo le conseguenze fisiche.

(1) Vedi: *Comunicazione alla R. Accademia Medica di Genova* - il 27 marzo 1905.
Vedi: *Zentralblatt für Gynäkologie* - N. 20 del 1908.

Ed invero non è possibile da parte del ginecologo di disinteressarsi di questo grave patologico fenomeno, che va invadendo quasi tutti i popoli civili, della artificiale limitazione cioè della figliazione, quando si pensi oltrechè alle conseguenze sociali, al fatto che i mezzi che si mettono in pratica sono, e non possono essere altrimenti, di pertinenza della ginecologia.

Ma la propaganda antimalthusianista, a base di filosofia, di moralità, di religione, di danni collettivi sociali, sorte quasi nessun effetto, per la semplice ragione che il malthusianismo è dettato da egoismo individulae e di famiglia o da falsi concetti di economia sociale.

Unico mezzo positivo e che può essere efficace si è diffondere la persuasione, che l'applicazione dei mezzi malthusiani è dannosa alla salute della donna.

Quando si dimostra al pubblico che i guanti, le spugne, provocano vaginiti, cerviciti, endometriti, che il coito incompleto provoca spesso dopo lungo uso gravi forme di metriti parenchimatose con squilibri nervosi serî, che l'aborto criminoso è soventissimo il punto di partenza di gravi e talora fatali lesioni utero-ovariche, quando si diffondono tali verità, l'egoismo che spinge al Malthusianismo è vinto dall'altro sentimento, egoistico esso pure, ma giusto, che è quello della conservazione. E su chi meglio si può al riguardo fare un'utile propaganda, che sui futuri medici e sulle future ostetriche? Ed è quanto da anni ha intrapreso a fare e fa la nostra scuola (1).

Merito della nostra scuola è pure di cancellare il capitolo dei cosidetti *aborti abituali*, che nasconde ignoranza diagnostica, e ricercarne sempre la causa;

Merito della nostra scuola è l'aver richiamato l'attenzione sulle cerviciti ed endocerviciti e sulle retrodeviazioni dell'utero in gravidanza, quali frequenti cause di aborto.

Tutti i clinici convengono nell'ammettere che gli aborti sono andati man mano crescendo tanto da raggiungere una percentuale veramente impressionante. La Guardia Ostetrica e la Clinica Ostetrico-ginecologica nostre ad esempio, da una percentuale del 4 e 5 per cento, hanno raggiunto l'enorme percentuale del 25, 30 per cento.

Ora tale maggiore frequenza è in parte la conseguenza delle teorie malthusiane, ma in parte è anche la conseguenza della mancanza di una logica profilassi dell'aborto.

(1) Bossi. *Malattie utero ovariche e malthusianismo*. — Società Libraria Editrice, Milano.

Una paziente abortisce due, tre, quattro volte di seguito e il medico e la levatrice emettono la comoda diagnosi di aborto abituale, senza preoccuparsi di studiarne attentamente la causa e perciò di toglierla.

Infondere negli allievi il concetto, che di ogni aborto si deve sempre ricercare l' origine, per curarla così a vantaggio immediato della paziente, come per la profilassi dell' aborto, fu sempre una delle maggiori preoccupazioni della nostra scuola (1), anche per quei legami intimi che esistono fra la funzione materna e le lesioni utero-ovariche.

Ed invero largamente sempre andammo dimostrando, come le lesioni uterine (spostamenti uterini, cerviciti ed endocerviciti, deformità del collo, ecc.) possano essere e la causa e la conseguenza dell'aborto, e come curando tali lesioni in tempo (ginecologia) si esercita un' efficace profilassi contro l'aborto, e curando logicamente l'aborto (ostetricia) si eserciti un' efficace profilassi contro le malattie utero-ovariche; campo questo ove più manifestamente si dimostra la necessità, che l' ostetrico sia ginecologo e il ginecologo sia ostetrico, della unione cioè dell'ostetricia e ginecologia in un unico indissolubile ramo.

E i frutti benefici di tale indirizzo non ci mancano, come quotidianamente mi viene provato dalle felici applicazioni, che in pro delle loro pazienti vanno facendo di tali concetti i medici e le levatrici usciti dalla nostra scuola.

Anche nell'assistenza al parto la nostra scuola seguì un indirizzo proprio, che non esito a dichiarare essere il più logico.

I metodi di assistenza al parto sotto il punto di vista dell' asepsi e antisepsi passarono per due fasi egualmente esagerate, e quindi dannose.

Dalla mancanza delle applicazioni delle teorie antisettiche e conseguente enorme morbilità e mortalità per infezione si giunse all'uso degli antisettici e, come accade di tutte le innovazioni, al loro abuso. Accadde che frequentissimi erano gli avvelenamenti di partorienti per acido fenico, per sublimato corrosivo, per iodoformio, ecc.

Ne conseguì una reazione, la quale sarebbe stata giusta e saggia, se si fosse mantenuta nei limiti della logica.

Ma disgraziatamente, trasportandosi troppo scolasticamente nel

(1) Bossi. *Sulla frequenza, cause e trattamento dell'aborto.* — Annali di Ostetricia e Ginecologia.

campo clinico i risultati degli esperimenti di laboratorio, si giunse, specialmente per la solita manía di imitare i tedeschi, alla così detta *assistenza asettica* del parto, e cioè ad abolire le lavature vaginali disinfettanti durante e dopo il parto.

Non è possibile, parmi, non comprendere l'irrazionalità di tale metodo, quando si pensi che esso presupporrebbe che la vagina della gestante sia in istato di asepsi, in onta alle coabitazioni, alla frequente mancanza d' igiene personale, ecc.

I sostenitori si appoggiano ai risultati delle cliniche, ma non considerano che il parto in clinica e nelle sezioni ospitaliere, per ambiente e sopratutto per l'assistenza continuata di personale numeroso e disciplinato, ecc , non è punto da paragonarsi al parto a domicilio, sopratutto delle famiglie meno agiate.

Nè tacer si deve dei non infrequenti casi di lesioni del collo in gravidanza, su cui richiamo l'attenzione (1) da anni e che passano facilmente inosservati, e che per sè possono costituire un'origine di infezione.

La sola asepsi nell' assistenza al parto a domicilio non può mai ritenersi sicura, sia per le difficoltà di attuarla e farla attuare da incompetenti, sia perchè non si può a priori ritenere il canale vaginale in istato asettico.

La conseguenza dell' insegnamento e diffusione del metodo asettico nell'assistenza al parto e dell'abolizione delle lavature disinfettanti, si fu e si è da ritenere causa di frequenti casi di infezione puerperale a domicilio, casi che anche nelle statistiche apparirebbero in numero assai maggiore, se, per evitare responsabilità, non venissero occultati con falsa diagnosi.

Anche su ciò reiteratamente richiamai l'attenzione (2) come la richiamai per rapporto alla necessità di modificare l'attuale esiziale regolamento ostetrico (3).

Il metodo che la nostra scuola consiglia è l' uso dell' antisepsi nel parto con lavature vaginali disinfettanti, ma senza gli abusi della prima fase, della fase, dirò, Listeriana, con l' abolizione delle avature vaginali nel puerperio nei casi fisiologici.

(1) Bossi. *Archivio Italiano di Ginecologia,* 31 Ottobre 1900, N. 5, Napoli

(2) Bossi. *Su alcune norme profilattiche per l' esercizio pratico dell' ostetricia.* (*Annali di Ostetricia e Ginecologia* del 1895 e comunicazione fatta all'Accademia Medica di Genova il 25 Marzo 1895.

(3) Vedi mia interrogazione svolta in Parlamento il 2 Marzo 1903 e *Memorie:* « Bossi. *Sull'infezione puerperale a domicilio e sull'urgenza di modificare l' attuale Regolamento Ostetrico* ». (Memoria indirizzata al Direttore della Sanità e pubblicata negli *Annali di Ostetricia e Ginecologia* nel N. 7 del 1898).

E il risultato si è che assai raramente, per non dire mai, i medici e le levatrici usciti dalla nostra scuola lamentano casi di infezione.

Aggiungasi che il metodo asettico obbligando alla quasi assoluta astensione dagli esami vaginali interni, porta pure, come conseguenza, la frequente troppo tardiva diagnosi da parte delle levatrici delle varie complicanze del parto, che non si possono stabilire che a mezzo di tale esame.

Io pure sono nemico delle ripetute e inutili esplorazioni vaginali, ma non dobbiamo neppure, per criterî affatto scolastici, rinunciare a tale utile mezzo diagnostico.

Soggiungerò poi che per quanto da anni io pratichi il metodo antisettico nell' assistenza al parto, non ebbi i fenomeni di avvelenamento tanto temuti. Tutto sta nel cambiare, alternandoli, gli antisettici, e nel non usare dosi esagerate, come ad esempio si fa da molti, impiegando il sublimato all'uno per mille, mentre basta (ed è più utile) la soluzione all'uno per tre o quattro mila.

Nè privo di utilità è l'indirizzo dato dalla nostra scuola (1) per rapporto alle modalità di protezione del perineo, consistente, non nell'abituale apposizione del palmo della mano come contrafforte, ma nell' intelligentemente coadiuvare colle dita il movimento, che nel quarto tempo si avvera in natura, curando di spingere la parte che deve essere espulsa contro la arcata del pube.

Conservatori a oltranza nel campo ostetrico, siamo altrettanto scrupolosi tutori anche della *vita materna* nella sua entità.

Perciò seguiamo il principio che nella *tubercolosi in gravidanza* si deve porre sempre la questione se o meno interrompere.

La nostra Clinica fu certo la più tenace sostenitrice di tale principio, e tuttora col Maragliano tiene testa anche all' estero, ad esso attenendosi.

Quanti casi infatti noi abbiamo al riguardo di madri che vivono tuttora e sarebbero invece perdute per la famiglia se non si interrompeva la gravidanza! Esse benedicono noi e ci dànno coraggio nel proseguire nella lotta.

Strana incoerenza poi quella dei colleghi francesi!

La Francia è indubbiamente il paese, dove i metodi malthusiani maggiormente si svilupparono, tanto da impressionare assai anche dal lato sociale i varî governi.

(1) *Sul modo di evitare le lacerazioni dell'anello vulvo vaginale e del perineo, ecc.* Comunicazione al III Congresso Ostetrico Ginecologico tenutosi in Genova nell'Aprile 1887. (*Annali di Ostetricia e Ginecologia*, 1887).

La Francia è la nazione presso la quale (come giustamente rilevò il Doléris) più frequenti sono gli aborti criminali, la responsabilità dei quali raramente viene colpita.

Ebbene in Francia si sollevano i maggiori scrupoli per l'indicazione all'aborto per tubercolosi, tanto che in un Congresso Internazionale (1), quell'eminente clinico che è il Bouchard, obbiettandomi soggiungeva: Se la tubercolotica ha voluto rimanere incinta, pensi a condurre a termine la gravidanza!

Dasso Maria in Belloro
Data della fotografia, 25 luglio 1908

Io penso che molto più logica è la nostra scuola, la quale, nel mentre ha impegnato una efficace campagna contro l'aborto provocato criminalmente da moventi egoistici, pone la questione della indicazione ad esso, quando le condizioni siano tali da poter riuscire utili alla madre o, col parto prematuro, di salvare il feto apportando contemporaneo giovamento alla madre.

Quasi in compenso fu dato essere conservatori in modo insperato alla nostra scuola nella osteomalacia.

Sono infatti lieto di presentarvi il primo caso, nel quale felicemente sperimentammo il nostro metodo di cura della osteomalacia coll'estratto delle ghiandole surrenali, la Dasso Maria in Belloro.

Essa nel dicembre 1906 trovavasi in Clinica gravida al nono

(1). Congresso Internazionale della Tubercolosi. Parigi.

mese in preda ai fenomeni osteomalacici più gravi e impressionanti, tali che ci facevano ventilare il proposito di praticare il taglio cesareo anche avanti il termine della gestazione, per toglierla alle inaudite sofferenze che duravano da mesi, e all' immobilità assoluta a cui era condannata da parecchi mesi.

Colla somministrazione dell'estratto di ghiandole surrenali non solo si evitò il taglio cesareo demolitore, perchè potè partorire per le vie naturali, ma scomparvero, come per incanto, tutte le sofferenze, ed oggi ve la ripresento gravida di nuovo al sesto mese, libera, come vedete, nei movimenti tutti e senza alcuna sofferenza.

Quale possa essere la portata patogenetica e terapeutica di questa nostra scoperta diranno la ulteriori esperienze.

Questo però possiamo oggidì affermare, in base anche ad altri casi, che, nelle forme acute classiche di osteomalacia, l' estratto di ghiandole surrenali porta tali vantaggi, quali mai nessun rimedio apportò, e se il bacino non è viziato da precedenti gravidanze osteomalaciche, evita il taglio cesareo.

Negli interventi ostetrici ricordare che la clinica è una palestra d'insegnamento che deve poi indirizzare i giovani sanitari nell' esercizio pratico.

Devesi fare quindi e dimostrare di fare quanto si potrebbe ripetere a domicilio.

Proporzionare l' entità dell' intervento all' entità della complicanza: tale il maggior dovere del clinico, tale l'indirizzo da seguire come insegnanti.

Il taglio cesareo per eclampsia, placenta previa, per distocie del collo, sono per mio conto un vero *eccesso chirurgico*.

Questa la ragione per cui ideai fino dal 1889 il *mio metodo di parto artificiale rapido*, risolvendo un problema che da due secoli invano si studiava.

E in realtà, quando a domicilio si presentavano i tristi e, dirò, tragici casi di pazienti gestanti che, o per grave eclampsia, o per imponenti fenomeni di scompenso da cardiopatie, o per altre acutissime complicanze mediche, quali tifo, polmonite, o per placenta previa, o per feto morto e in decomposizione per membrane rotte, s'avvicinavano alla catastrofe finale col prodotto del concepimento nell' utero, e unica via di salvezza o di tentativo di salvezza era lo svuotamento dell'utero, se il collo dell' utero era chiuso o pressochè chiuso e tale da non permettere la dilatazione e l' introdu-

zione della mano, quali risorse rimanevano al medico pratico e sopratutto al povero medico condotto, che esercita nelle campagne il più delle volte solo o male assistito?

O lasciar morire la gestante col feto nell'utero, salvo a praticare un macabro taglio cesareo *(post mortem* o *in articulo mortis)*, o ricorrere al taglio cesareo e alle profonde incisioni del collo.

Ciò si insegnava nelle Cliniche, e pur troppo si insegna tuttodì in alcune Cliniche.

Nè è a pensare ai sacchetti, ai colpeurynter: le manualità per la loro introduzione e la loro lenta e incerta azione in simili casi devono logicamente far comprendere la loro inutilità.

Ma pensate voi alle difficoltà e alle conseguenze a cui è esposto il medico pratico a domicilio, quando deve in simili circostanze accingersi a praticare un taglio cesareo o le profonde incisioni con relative metrorragie, e, se la paziente non muore, le successive suture?

Non pensano i clinici all'enorme disparità esistente fra tali interventi e i deficenti mezzi di cui il sanitario può disporre a domicilio per capacità tecnica personale (in generale), per assistenza, per ambiente dal lato igienico, per ambiente anche dal lato psichico?

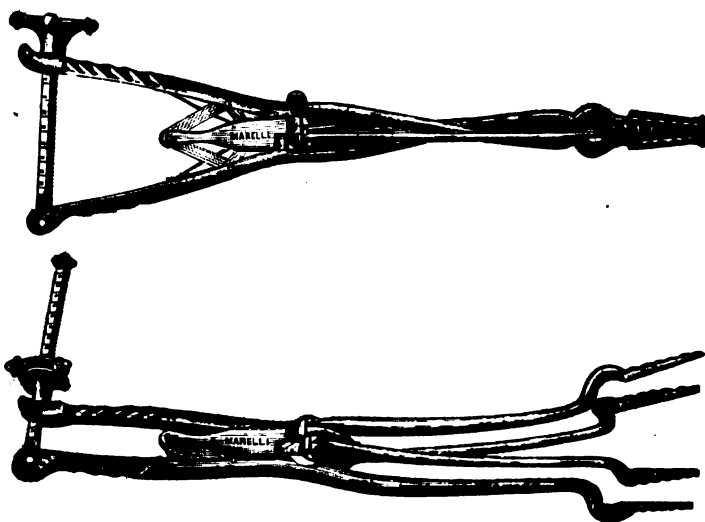
E' non si pensa alle conseguenze talora fatali, che derivano per il presente e per l'avvenire di tali sanitarî, quando o non riuscendo veggono la gestante morire col prodotto del concepimento nell'utero, o, usando di tali interventi, veggono egualmente entrambi soccombere durante l'atto operativo o immediatamente dopo?

Il nostro metodo di parto rapido, colla dilatazione immediata del collo dell'utero per mezzo del nostro dilatatore, permette appunto al sanitario, che trovasi anche solo a domicilio, in qualsiasi di tali tristi contingenze, di introdurre, senza altri mezzi, sulla guida delle dita, lo strumento nel canale cervicale e, sempre anche da solo, di gradi gradi dilatarlo a sufficienza per estrarre il feto, *impiegando il tempo che vuole*, secondo cioè l'urgenza, da 5, 10 minuti in più.

Esso ha reso padrone l'ostetrico di espletare il parto anche da solo senza speciale assistenza, in qualsiasi ambiente, impiegando il tempo che stima opportuno, da pochi minuti a un' ora e più, secondo l'urgenza e gravità del caso, e ciò **incruentemente** (1).

Io ritengo di non peccare di eccessivo paterno elogio per il

(1) Vedi al riguardo la monografia completa: Bossi « *Il mio metodo di parto artificiale rapido* ». *Società Editrice Libraria, Milano,* stampato nel 1906.

mio metodo, affermando, che in modo più efficace non avrei potuto praticamente, specialmente coll' ultimo modello di dilatatore, risolvere il *principio di proporzionare l' entità tecnica degli interventi ostetrici alla possibilità della loro applicazione a domicilio e alla entità delle indicazioni.*

Dilatatore uterino Bossi (Modello 1907)

Ricorderò qui fra le centinaia e centinaia, che oramai possiede la letteratura ostetrica, due casi già pubblicati, perchè caratteristici nel loro confronto per rapporto alle indicazioni.

L'uno dei casi riguarda la signora di un valoroso collega. Essa aveva avuto due parti a termine e in entrambi il feto, per quanto assai regolarmente sviluppato, morì durante il parto. Nessuna causa rintracciabile nella madre e nel padre entrambi robustissimi.

Rimasta gravida di nuovo ed essendo febbrile il desiderio di un figlio, si consigliarono con Olshausen (la signora è originaria di Berlino), il quale affermò non potersi spiegare il fatto, che pensando ad una insofferenza individuale eccezionale di tali feti alle contrazioni uterine e relativi turbamenti circolatori feto-utero-placentari.

L'illustre Clinico di Berlino proponeva perciò di sopprimere il più che era possibile il sopraparto e quindi tali contrazioni, e, sembrandogli eccessivo il taglio cesareo in rapporto all' incerta indicazione, consigliava il mio metodo.

Pregato dal marito, mio collega, accondiscesi di buon grado, e il venerdì santo del 1905, trovandosi detta signora alla metà del

nono mese di gravidanza, nel suo domicilio a Roma, presente, oltrechè il marito e altri sanitarî, il Bompiani, mi accinsi ad operarla col mio metodo.

Il collo era per nulla trasformato, aveva la sua lunghezza normale, ed era completamente chiuso, ciò veniva constatato anche dal Dott. Bompiani che era l'ostetrico di casa.

Alle ore 9 (del 21 Aprile 1905) venne cloroformizzata la gestante, introdussi il dilatatore, dilatai a sufficienza, applicai il forcipe, e alle 10 e un quarto essa si destava col neonato vivo e benestante al fianco.

Nessuna lacerazione era avvenuta, nessuna metrorragia; il puerperio decorse normalissimo, la signora allattò felicemente il neonato, che oggi si presenta splendido per sviluppo fisico e intellettuale.

Fu tale, dirò, l'artificio, e di conseguenza l'abolizione dei fenomeni del parto, che la paziente nelle prime ore temeva le avessero fatta una sostituzione di bambino per evitarle un grave patema d' animo.

— L'altro caso riguarda una contadina di Quarto al Mare, madre di sei figli viventi, la quale due anni or sono veniva dal Dott. Merlini inviata d' urgenza in questa nostra Clinica, perchè gravida di sette mesi e affetta da gravissima porpora emorragica.

Essa presentava macchie emorragiche su tutto il corpo, perdeva sangue dalla bocca, dagli occhi, dall'uretra, dall'ano, dalla vagina.

A nulla valsero tutti i tentativi di cure mediche, emostatici, sieroterapia, ecc.

La morte si avvicinava rapida, l'anemia acuta era giunta agli estremi.

Come *ultima ratio* e collo scrupolo di non aver ciò tentato nei tre giorni precedenti, mi decisi per il parto forzato col mio metodo (il 30 Maggio 1905, alle ore 18, presenti molti medici e studenti).

Il collo non era per nulla accorciato, appena toccato dava sangue.

Introdussi il dilatatore, e in meno di dieciotto minuti, avevo già estratto un feto vivo.

Ebbene, come per incanto, gradatamente cessarono le emorragie, la paziente fu salva, e vive tuttora sana e vegeta, per la sua numerosa prole, ed io ho la soddisfazione oggidì di presentarvela.

A che avrebbero concluso in questo caso il taglio cesareo, le incisioni del collo, e a che le lunghe e incertissime eccitazioni colle candelette del Krause, coi sacchetti, coi colpeurynter? Inevitabile sarebbe stata la morte dell' inferma.

Ecco quindi due casi che rappresentano i limiti estremi:

a) per l'indicazione, che nel primo era affatto d'elezione, nel secondo di urgenza assoluta;

b) per le condizioni di resistenza delle pazienti, che nella prima erano ottime e tali da permettere qualsiasi grave intervento, se la *indicazione* l'avesse permesso; e nella seconda era d'estrema gravità e tale, che nessun altro metodo sarebbe stato coscienziosamente consigliabile.

Un crimine sarebbe sembrato il taglio cesareo nel primo caso per la poca entità e per l'assoluta incertezza dell'indicazione; un crimine sarebbe stato un taglio cesareo o le profonde incisioni nel secondo caso per la gravità eccezionale delle condizioni gravissime dell'inferma. Ed in entrambi provvidenziale si presentò il metodo nostro di parto artificiale rapido colla dilatazione meccanica immediata.

Vero è che tre anni circa, dopo che io avevo ideato tale metodo e lasciato questo Istituto, da cui ero stato allontanato... per concorso, si consigliava in questo stesso Istituto di usare il mio primo modello di dilatatore... (riferiscono testimoni degni di completa fede) per piantar chiodi, e presentatosi un caso gravissimo di emorragia in sopraparto, a collo non dilatato, non volendo ad esso ricorrere, venne usato altro metodo e si perdeva madre e figlio.

Ma in onta a tali diffidenze nazionali e, più che tutto, collegiali, il principio e il metodo hanno fatto ovunque strada; e un vero plebiscito di clinici e pratici di tutto il mondo, ha ad essi reso ampia giustizia, e di ciò sono orgoglioso, non per me, ma per il lustro che alla nostra scuola ne è derivato.

I nostri studî poi sull'influenza delle ghiandole surrenali sullo scheletro, ci condussero pure, come sopra si disse, a una terapia, che può essere alla portata di qualunque sanitario, e sono noti ormai i casi in cui colle semplici iniezioni di adrenalina Parke, Davis, ecc., si evitarono e tagli cesarei e castrazioni in modo meraviglioso pur per noi stessi.

Entra poi nello stesso ordine di concetti e del « *principiis obsta sero medicina paratur* » la preoccupazione che la nostra scuola ebbe della *Profilassi ginecologica* nella *gravidanza* e *nel puerperio*.

Non esisteva infatti nei trattati un capitolo particolare, che esponesse i fenomeni che si avverano anche durante la gravidanza nei giorni corrispondenti ai periodi mestruali, e fu nostro il titolo ad essi dato di *crisi fisiologiche in gravidanza*, allo scopo appunto

di richiamare l'attenzione, non solo degli ostetrici, ma dei medici in generale, delle levatrici e del pubblico sui disturbi e sulle alterazioni facili in tali giorni e tali da renderli *veramente critici*, esposti cioè *in modo particolare alle complicanze.*

Tale richiamo equivale evidentemente a incitare a una speciale vita igienica e ad una speciale sorveglianza sanitaria in quei giorni.

E pei primi appunto ebbimo a rilevare come quelle *cerviciti* ed *endocerviciti*, nonchè le retrodeviazioni dell'utero in gravidanza, di cui facemmo da anni risaltare la grave importanza e la necessità di un capitolo speciale da dedicarvisi nei trattati, in tali giorni specialmente conducano all'aborto e ad aggravamenti pericolosi.

Ridonare alla famiglia la madre viva e in apparenti buone condizioni e con essa il neonato, evitare l'infezione puerperale, furono e sono le maggiori preoccupazioni degli ostetrici moderni.

Ma una preoccupazione eguale ebbe e propagandò sempre la nostra scuola, tanto che varî stranieri, fra cui il Doléris, fino dal 1897, ci resero plauso, e cioè quella di vegliare durante il puerperio, perchè l'apparecchio genitale non solo in apparenza, ma in realtà non rimanga in istato di morbilità.

Coll'esagerata e, direi, scolastica paura degli antisettici e applicazione della pura asepsi, i clinici e i trattatisti per nulla insegnano (e praticano) l'esame interno della puerpera prima di licenziarla dalle cure. L'esame si riduce a constatare l'esistenza o meno della febbre (trascurato in generale è il polso), ed alla palpazione addominale. Ma dopo la 12.ª, 15.ª giornata di puerperio la subinvoluzione, la retro e latero-deviazione uterina, le lacerazioni del collo, la turgescenza (non flogistica) degli annessi, nè danno febbre, nè dànno dolori, nè sono possibili a percepirsi col semplice esame esterno.

Di conseguenza, quando tali alterazioni esistono, ritornando poi la paziente alla vita abituale, si aggravano man mano e la conducono in seguito, dopo alcuni mesi od anche dopo alcuni anni, al ginecologo che diagnostica forme di metriti parenchimatose, di lacerazioni del collo con endometriti, di spostamenti uterini, di salpingiti, di sterilità assai lunghe e difficili a trattarsi.

Tutte tali forme invece diagnosticate (e quindi curate lungo il puerperio) coll'*esame vaginale interno*, che la nostra scuola da anni *sistematicamente pratica e consiglia* avanti licenziare la puerpera, giungono rapidamente a guarigione, stante il fisiologico processo

involutivo a cui l'apparecchio genitale della puerpera è in preda; e si stabilisce e si pratica così la vera e logica *profilassi* delle *malattie utero-ovariche in puerperio* (1).

Fino dagli inizi del moderno risveglio della Ginecologia fu costante nostra convinzione che la base di questo ramo della medicina debba anzitutto essere lo studio e l'uso di tutti i moderni mezzi scientifici così di laboratorio che di clinica per scopo diagnostico.

La prima lezione con effetti legali sù tali studî, e che io chiamai di *Propedèutica Ginecologica*, fu appunto tenuta in questo Istituto (negli antichi locali) nel novembre 1887 (2).

Come esisteva nell'insegnamento universitario una *propedeutica medica* e una *propedeutica chirurgica*, ritenevo e ritengo che debba esistere una *propedeutica ginecologica*.

Fino dalla prelezione di tale primo corso (anno accademico 1887-88) affermavo: *multa renascentur quae jam cecidere*, alludendo al fatto che nel mentre i nostri antichi esageravano forse nell'attribuire all'utero un eccesso di disturbi generali, oggidì si esagera in senso opposto, e che occorreva in parte ritornare al *propter solum uterum mulier id est quod est.*

E soggiungevo che il notevole aumento, che ogni giorno più si va riscontrando, nella frequenza delle malattie utero-ovariche, in parte è reale e in parte è apparente e dipende dal fatto che molti casi i quali erano dapprima diagnosticati come forme di anemia idiopatica, di isterismo, di squilibrî gastro-enterici, ecc., coi moderni progressi della diagnostica vengono accertati come sindromi sintomatologiche di malattie utero-ovariche.

E si fu in base a tali concetti, che tosto ebbi l'incarico della direzione della Clinica, nel 1889-90, mi curai oltrechè di fondare la sezione ginecologica, di istituire un laboratorio, limitatissimo in allora, ma degnó di nota come inizio per le ricerche isto-patologiche, e di dotare la Clinica dei principali mezzi di indagine diagnostica.

E si fu in base a tali concetti, oltrechè a quello dell'indirizzo

(1) Veggansi le memorie: Bossi. *Sull'involuzione uterina dopo il parto e sui suoi rapporti eziologici colle metropatie.* Tesi di libera docenza, 1887. Tipografia Sordo-Muti, Genova.

Bossi. *L'igiene della donna in rapporto alla profilassi Ostetrica-Ginecologica.* (Conferenza alle Società di letture e conversazioni scientifiche). — Genova, 1888.

Bossi. *Alcune norme sul moderno indirizzo didattico e clinico nel campo Ostetrico-Ginecologico.* Rassegna di Ost. e Gin. Napoli, 1898.

(2) V. memoria citata: *Frequenza delle malattie uterine e progressi della propedeutica Ginecologica.* Novembre, 1887.

— *La Riforma Medica* del Febbraio 1888.

sperimentale da darsi alle Cliniche, che voi vedete oggi in particolar modo manifestata la mia preoccupazione, affinchè nei nuovi locali avessero, come hanno, degna sede i laboratorî di istologia, batteriologia, chimica fisiologica, ecc.

Nel contempo però, a proposito di propedeutica, mai non cessai dal far rilevare che una causa di lesione uterina era l'abuso e il non buon tecnico uso delle applicazioni dello speculum, del sondaggio uterino, del raschiamento fatto da incompetenti (1).

Nel campo della terapia chirurgica-ginecologica, abbiamo la soddisfazione, volgendo uno sguardo al passato, di esserci sempre dichiarati e dimostrati *conservatori ad oltranza*, anche quando, essendo ovunque in auge le demolizioni degli annessi e dell' utero, occorreva a dichiararsi tali un certo coraggio, potendo essere chiamati od operatori timidi o incapaci.

Come al Congresso dei Ginecologi a Ginevra, così all'Accademia Medica di Genova, quando dal 1885 al 1899 imperversava tristamente per tante giovani spose l'abuso dell'isterectomia, io non mi peritai ad alzare la voce di protesta, anche per il danno che ne derivava all' indirizzo ginecologico.

Sollevai allora delle controproteste, ma ebbi il plauso degli onesti, e il tempo mi ha dato ragione (2).

Man mano andò riconoscendosi come si abusava dell' operazione del Battey, dell' ovariectomia per isterismo, come si abusava dannosamente dell'annessiectomia alla Lawson Tait, come si abusava dannosamente della isterectomia per la cura delle annessiti... e delle metriti croniche (!).

Un altro intervento è ora sorto con relativo abuso, quello dell' appendicectomia.

Mai furono riscontrate tante appendiciti, come dall'epoca in cui entrò nel campo chirurgico l'ablazione dell'appendicite.

Basti il dire che sonvi chirurghi, specialmente americani, che consigliano tale operazione come profilassi contro le possibili appendiciti!

Anche di tale operazione però rimarranno solo le indicazioni logiche e coscienziose.

Ma il nostro conservatorismo si spinse anche a combattere e

(1) V. memoria: Bossi. *Sulla Profilassi Ginecologica*. (Relazione al Congresso Medico Regionale di Varese Lombardo). *Rassegna di Ost. e Gin.* Napoli, 1901.

(2) Bossi. *Sull'abuso delle operazioni demolitrici*. (Archivio di Ost. e Gin.) Anno V, fascicolo 6. Napoli, 1898.

dalla cattedra e con pubblicazioni (1), l'abuso dell'amputazione del collo, suggerendo che al termine *cervicectomia* si sostituisse il termine *plastica del collo*, con ciò volendo alludere al fatto, che ormai non essendovi più indicazioni alla ablazione di tutta la portio, giacchè se vi è carcinoma si deve praticare l'isterectomia, il ginecologo quando opera sul collo, deve avere di mira di togliere solo quanto occorre per dargli la forma fisiologica, non per deturparlo, come accade colla cervicectomia.

E così combattemmo pure l'isterectomia per fibromi nelle giovani spose in cui fosse possibile la gravidanza, e quando i fibromiomi non hanno impianto sul segmento inferiore dell'utero, così da ostruire il canale pelvico.

Come in una nostra memoria (2) sull'assorbimento dei fibromiomi in gravidanza e in altra in corso di pubblicazione esporremo in base a casi clinici e anche ad osservazioni isto-patologiche, i fibromiomi sovente permettono che la gravidanza giunga a termine senza danno per la paziente; ad ogni modo, anche quando interviene un aborto, nel puerperio essi tendono a notevolmente involgersi insieme all'utero.

Questo affermai, e ben maggior numero di casi posso oggi riferire, ove potei avere la soddisfazione di dare figli a pazienti che, pur ardentemente desiderandoli, disperavano di averne ed erano disposte alla isterectomia.

Ed ugualmente ebbi non pochi casi nei quali la riduzione del tumore nel puerperio fu tale da evitare finora l'isterectomia.

Chiamai e chiamo quindi tale metodo, il *trattamento funzionale dei fibriomiomi uterini.*

Quasi in compenso di tali vedute e di tale indirizzo accadde che fummo, se non i primi, certo fra i primi a praticare in Italia il taglio cesareo demolitore per fibromiomi in gravidanza.

Fummo poi i primi a *proporre e ad eseguire per elezione* (ciò che anche nel trattato del Cuzzi ci fu riconosciuto) *l'isterectomia totale nel taglio cesareo demolitore*, e ciò in un caso di osteomalacia di cui posso presentare la madre e la figlia tuttora viventi (3).

Trattavasi di un caso di osteomalacia grave, nel quale intervenni di notte d'urgenza in una specie di tugurio in Genova.

(1) V. memoria citata: *Sull'abuso delle operazioni demolitrici e sul significato della Cervicectomia. (Archivio di Ost. e Gin.).* Napoli, 1898.

(1) *Contributo allo studio del processo di assorbimento dei fibromioni. (Archivio di Ost. e Gin.).* Napoli, 1897.

(2) Bossi. *Sulle modificazioni al taglio cesareo Porro.* (Comunicazione alla R. Accademia Medica di Genova con presentazione delle pazienti) il 12 Febbraio 1894. V. *Annali di Ost. e Gin* del 1894.

Ed ugualmente quasi come compenso sono già numerosi i casi, di cui parecchi anche pubblicati, nei quali in onta che la paziente fosse nell'età critica o l'avesse anche oltrepassata, intervenimmo utilmente coll'isteromiomectomia.

Posso così presentarvi il pezzo anatomico fresco, rappresentante fibromiomi multipli intramurali, intralegamentosi, sottomucosi esportati per via addominale in uno all'utero, in una nubile vergine di 54 anni, per imponenti metrorragie.

Novella Geromina

Il primo caso di taglio cesareo con ablazione totale dell'utero operatosi *per elezione*.
Data dell'operazione, 7 gennaio 1894 — Data della fotografia, 7 marzo 1907

Avanti l'operazione che eseguî 12 giorni or sono la paziente, che versa ora in ottimo stato, pesava 35 Cg. e l'utero coi miomi che vi presento pesa Cg. 7.500. L'indicazione fu assoluta, ma occorse pure affrontare grave responsabilità per lo stato di anemia acuta grave e di denutrizione e deficiente resistenza in cui l'infelice si trovava e per lo sviluppo prevalentemente intrapelvico dei tumori con grandi aderenze.

Ma appunto riteniamo sia un dovere dei chirurghi, quando la coscienza lo imponga, di affrontare le maggiori responsabilità, se ciò costituisce una speranza di salvezza per la paziente.

Non abusare delle operazioni e sopratutto delle operazioni demolitrici o di entità superiore alla indicazione - *primum non nocere* - ma nel contempo non fuggire di fronte ai casi gravissimi pel fatto che la fama di chirurgo o la statistica della Clinica possono essere — pel pubblico grosso e profano o per competitori malevoli — menomati: tale è il nostro principio.

Si è per tale ragione, che nella nostra statistica di parecchie migliaia di operazioni ostetriche ginecologiche, invano si cercherebbero casi di isterectomie per prolasso, per annessiti (salvo casi eccezionali di indicazione assoluta), per metriti croniche (salvo pochi casi di lesioni vasali che resistettero a varî atti operativi conservatori persistendo a dare gravi metrorragie, casi che furono pubblicati);

invano si cercherebbero castrazioni per misteriose degenerazioni delle ovaie provocanti isterismo, o perchè aperto l'addome per una appendicectomia, per prudenza e zelo si toglie il vicino ovaio (colpevole solo di risiedere a destra);

invano si cercherebbero le frequenti castranti annessiectomie in giovani donne per salpingiti (talora alquanto problematiche), essendo merito della nostra scuola nei casi di annessiti in giovani donne di persistere pazienti per mesi e mesi in tali casi con operazioni conservatrici e con cure mediche molteplici avanti giungere a quell'ultima ratio di castrare una donna nel maggior vigore della sua vita sessuale;

invano si cercherebbero episiotomie, altro abuso per talune scuole, allo scopo di evitare lacerazioni perineali, che pertanto dai dati della nostra Clinica appaiono in una limitatissima percentuale e poi seguite da immediata sutura sortirono sempre felice risultato;

invano si cercherebbero casi di taglio cesareo per elezione;

invano si cercherebbero gli ancor troppo frequenti casi di embriotomia, che la nostra scuola ha ridotto al minimum;

invano si cercherebbero casi di troppo affrettata estrazione manuale di placenta, sostituita invece frequentemente da una prudente attesa con adatti tamponamenti intesi a far staccare spontaneamente la placenta dalle sue inserzioni.

Primum non nocere, ciò scrivemmo sulla maggiore parete di

questo anfiteatro e a tale precetto onestamente, energicamente uniformammo la nostra condotta clinica, il nostro insegnamento.

Nel mentre il mio predecessore infatti compieva in un anno una centuria di isterectomie vaginali, disponendo di un materiale clinico assai inferiore al mio, io nei successivi anni non superavo la trentina, nè occorre dire che alcun caso mai noi abbiamo rifiutato, ove fosse *coscienziosamente* indicata l'isterectomia vaginale.

Per contro nella ricca messe dei nostri atti operativi si troveranno centinaia di isterectomie in pazienti nelle quali e l'età e la disposizione e diffusione dei tumori aveva cancellata una reale vita sessuale attiva;

si contano numerosissime le donne operate di laparotomia per neoplasmi aderenti a complicato sviluppo, che altrove erano stati giudicati inoperabili anche sotto la narcosi e a cui ridonammo una vita prospera;

si contano numerose le pazienti felicemente laparotomizzate d' urgenza (specialmente per gravidanze extrauterine), in istato di gravissima anemia, con rialzi di temperatura, alle quali era stata consigliata un'attesa che sarebbe stata fatale;

si contano non rari i casi di taglio cesareo operati anche d'urgenza con esito felice, per quanto nelle condizioni meno favorevoli!

non si conta nessun caso di paziente morta col feto nell'utero, pel semplice fatto che il nostro metodo di parto rapido provvede a qualsiasi urgenza, ovviando a tale macabro evento.

Il semplificare gli atti operativi nella tecnica e nell'istrumentario e il non trascurare la terapia medica furono sempre obbiettivo del nostro indirizzo.

Si è per tale indirizzo che voi assisteste alle più gravi operazioni laparatomiche vedendo impiegare un limitatissimo numero di istrumenti.

Si è per tal modo che avete potuto vedere effettuare gravi operazioni laparatomiche in 25, 30, 40, 45 minuti, ben raramente altrepassandosi i 60 minuti, tanto che in un'ora e 45 minuti vi fu dato pure vedere eseguire felicemente tre laparatomie una appresso l'altra.

Si è per tal modo che ben raramente ebbimo casi di morte delle laparatomizzate per quell'x incognita che è lo shcok, la di cui precipua causa deve risiedere nei troppo prolungati e traumatizzanti atti operativi.

Ma sempre: *cito, tuto et jucunde;* e non i *tours de force* coll'orologio sotto gli occhi all'unico scopo di dimostrarsi celeri, ma la logica e giusta celerità non scompagnata dalla diligenza e scrupolosità nei particolari dell'intervento furono le massime che mettemmo in pratica.

E pensando appunto come anche nella comune pratica ginecologica e ostetrica la scelta degli strumenti abbia una seria importanza, potendo un cattivo strumento, quale ad es. uno dei tanti irrazionali speculum che sono in commercio, oltrechè complicare l'esame, portar lesioni che non esistevano, e un cattivo forcipe o un forcipe inadatto rendere più difficile l'intervento e danneggiare madre e feto, la nostra scuola si studiò di fornire al riguardo dati precisi.

E così fondendo i concetti del Leonard e del Collin e adattandomi alla conformazione anatomica della vagina, studiai e proposi un modello unico di speculum vaginale. con adatte dimensioni (anche queste appunto studiate), il quale può servire così nella pratica come nelle cliniche, avendo i vantaggi e dello speculum bivalve e dell'univalve, in entrambi i modi, quando occorra, potendo usarsi (1).

Egualmente dietro lunga esperienza clinica mi persuasi pure come fosse inutile e, pei pratici sopratutto ancora poco esperti, dannosa la molteplicità dei forcipi, ingombrante il così detto forcipe a branche traenti sull'asse, ed insistetti perciò sempre nel consigliare un unico forcipe, il forcipe inglese, che è il più semplice e che riesce allo scopo in tutti i casi.

Ed invero la statistica relativa ai feti dimostra che la nostra clinica occupa uno dei primi posti per rapporto al limitatissimo numero di feti morti in sopraparto per applicazione di forcipe.

E nel campo della terapia medica fummo fra i più strenui sostenitori dell'efficacia delle cure solventi coi bagni di mare (2), coi preparati di iodio, di ittiolo, ecc.

Fummo i primi a portare l'uso dell'hidrastis nella pratica ostetrica, dimostrandone la innocuità (3) nella gravidanza per rapporto

(1) Bossi. *A quale speculum vaginale si debba dare la preferenza nella pratica Comune — Il Policlinico* — 1902, Roma.

(2). Bossi. *Sull'efficacia dei bagni di mare nella terapia ginecologica. — Gazzetta degli Ospedali* — Milano.

(3) Bossi. *L'Hidrastis canadensis in Ostetricia — Rivista di Ostetricia e Ginecologia* — 1901, Torino (Comunicazione alla R. Accademia Med. di Genova nel 1891).

al muscolo uterino, e fu precipua cura nostra di studiare e distinguere gli emostatici uterini in ecbolici e non ecbolici (1), nonchè l'utile ausilio dello zucchero, quale rafforzante le contrazioni uterine (2), dando al riguardo opportuni dati pei pratici. Senza reticenze ritornammo all'antico coi rivulsivi, le sanguisughe, il salasso.

Tosto che apparve la tubercolina Kock, la nostra Clinica potè per la prima, precedendo anche le cliniche tedesche, esperimentarla nel campo ginecologico e dimostrarne l'utilità diagnostica (3).

E se gli estratti di ghiandole surrenali, come sopra dissi, continueranno a dare i felici risultati già avuti nelle osteomalaciche, la nostra scuola potrà a giusta ragione vantare utili iniziative anche all'infuori del campo operativo.

Da quanto esponemmo risulterà per lo meno che alla nostra scuola non si può imputare d'essere unilaterale, nè pedissequa, tale non potendosi qualificare l'indirizzo prevalentemente dimostrativo e spoglio di vecchi preconcetti e forme riguardo all'insegnamento; lo sviluppo dato alla propedeutica ginecologica largamente usufruendo dei mezzi di laboratorio, così da costituire come un ramo della ginecologia, la grande importanza data alla profilassi ginecologica e i nuovi orizzonti ad essa dalla nostra scuola aperti; la giusta misura stabilita e seguita nella terapia chirurgica, dimostrandoci logicamente e, ciò che più importa, coscienziosamente, ove moderatori, ove accaniti antidemolitori, ove quasi temerarî quando eranvi vite da salvare, anche attraverso le maggiori responsabilità nostre; la giusta parte data anche alla terapia medica in antagonismo agli odierni abusi chirurgici, studiando rimedî nuovi, meglio stabilendo la portata dei vecchi, non rifuggendo dal ritornare ad essi fidenti, facendo sapiente uso anche del sanguisugo, del salasso, che nella mia vita studentesca e di assistente non avevo mai visto praticare.

Ma in altro campo pure da anni la nostra scuola insistentemente cerca di esplicare la sua attività e di dare al riguardo un nuovo indirizzo alla Ginecologia, quello *sociale*, creando così nel seno della così detta politica e medicina sociale, la *psicologia* e la *sociologia ginecologica*, di cui il nostro periodico la *Ginecologia Mo-*

(1) Bossi. *Contributo allo studio dei rimedii emostatici non ecbolici* — *Riforma Medica* — N. 155, 156, 157 - Anno XV - 1890.

(2) Bossi. *Sull'azione ecbolica dello zucchero ecc.* — *Annali di Ost. e Gin.* — 1893, Milano.

(3) Bossi. *Sulla tubercolina Kock in Ostetricia e Ginecologia* — *Rivista di Ost. e Ginec.* — 1891, Torino.

derna, fondato nel dicembre 1906, vuol essere oggidì l'eco, l'organo aperto a tutte le energie esplicantesi su tale via.

È ovvio come duplice sia la serie di vantaggi che da questo altro indirizzo della ginecologia può derivare: l'uno riguarda personalmente il sanitario stesso, l'altro è eminentemente umanitario.

È indubitato che la classe medica nella sua generalità non è tenuta dal pubblico in quel giusto alto concetto, in cui dovrebbe essere tenuta per rapporto alla entità della missione che esercita, e oserei dire che i falsi ministri della salute dell'antichità e dei popoli barbari erano e sono ben più apprezzati.

Orbene una non lieve causa di tale ingiusta situazione devesi ricercare nei medici stessi; i quali non si sono finora preoccupati a sufficienza di dimostrare, che la loro funzione di curare e guarire il fisico, ha un'enorme influenza sullo svolgersi della vita sociale e può (e deve) tale influenza sempre più esplicare.

Non è superfluo ricordare che nessuno studio, nessuna coltura quanto quella del medico si presta a sviscerare in modo positivo i molteplici problemi della vita sociale.

Ed è così che per quanto i medici in generale evitino (e ciò è errore) la politica, la vita politica conta invece valorosi campioni fra i medici, tali ad esempio fra noi il Guido Baccelli (che fu indubbiabiamente il più geniale ministro di agricoltura), il Colaianni, il Pantano, tale l'Adler che è il leader degli 80 e più deputati socialisti della Camera austriaca, tale l'attuale presidente della Repubblica Francese Clemenceau, ecc.

Il così detto socialismo fa oggidì le spese dei dibattiti si può dire di tutto il mondo, e qua e là pur troppo dimostra dei focolai di degenerazione che macchiano quel puro ideale al quale dovrebbe essere informato. Ma per noi medici umanitarismo e socialismo (checchè dicano certi sedicenti apostoli) dovrebbero essere sinonimi; se tale grande fondamentale concetto si seguisse scomparirebbero i molti socialisti di mestiere, che per ignoranza se non per malafede sono precipua causa dei sopra lamentati focolai di degenerazione, e rimarrebbe l'elemento colto che per l'indole degli studi, della professione e della funzione sociale a cui si è dedicato condurrà a quella sana, buona, generosa propaganda di umanitarietà e di eguaglianza, che avendo salda base non sugli odï, ma sull'affetto e sull'equa ragione, così di difesa dei diritti che di rispetto ai doveri, validamente educherà, istruirà ed eleverà tutte le classi.

E quali i' migliori e più veri apostoli dei medici in tale campo?

Ed ecco come ai vantaggi individuali del sanitario si riallacciano i vantaggi del pubblico.

Per esplicare l'opera sua sociale il medico deve evidentemente usufruire e dell'esperienza e dell'opera sua di tutore della vita, diremo fisica, per dedurre e applicare i molteplici principî che emergono per rapporto alla vita psichica individuale, alla vita famigliare, alla vita collettiva.

Tutto il grande, enorme, meraviglioso progresso dell'igiene per prevenire le malattie e sostituire nei limiti del possibile a un organismo da curare e quindi, almeno temporaneamente, passivo e parassita, un organismo sano e forte, è basato su tale principio.

Ma tale progresso nel campo speciale della ginecologia, se si toglie quanto riguarda la profilassi della febbre puerperale, non si è avverato come doveva, egualmente come non si ebbero le dovute applicazioni psico-sociali che dal ginecologo sono da attendersi.

Così in accademie e congressi come in pubblicazioni, come nelle lezioni a proposito, e non a caso (piacemi dichiararlo) cerco di invadere il terreno della sociologia, appunto per dare tale impronta e indirizzo alla ginecologia.

E così nel campo della psicologia ginecologica, a causa delle esagerazioni in cui caddero i seguaci di Charcot di voler vedere in ogni turbamento nervoso, in ogni psicopatia una forma idiopatica del sistema nervoso, ci allontanammo, ripeto, ingiustamente e dannosamente dal concetto dei nostri antichi che era sintetizzato nel noto aforisma di Van Helmont « *propter solum uterum mulier id est quod ēst* ».

Concetto che invero era esagerato, ma che, come risultante di una empirica sì, ma lunga osservazione, conteneva delle grandi verità. A tale concetto logicamente e nelle giuste proporzioni, e scientificamente considerato e studiato, dobbiamo ritornare.

In 21 anni di assidua, continuata osservazione, e studî fatti così negli istituti clinici che nella pratica privata, mi fu dato constatare come numerosissime pazienti, le quali, figlie e madri di famiglia dapprima virtuosissime ed ottime cittadine, divennero poi origine e fomite di discordia, di gravi patemi d'animo nei famigliari, di turbamenti sociali, di ruina anche delle famiglie, tanto da avvicinarsi talora alla criminalità, tali divennero inconsciamente per... una misera lesione flogistica dell'utero, delle tube, delle ovaie, per un tumore dei genitali, soventi per banali versioni e flessioni e deformità uterine. Lesioni che erano passate inosservate, oppure cu-

rate per disturbi cardiaci, gastroenterici, per cloroanemia, per isterismo, neurastenia, e la di cui diagnosi, cura e guarigione condussero alla perfetta salute, al benessere materiale e morale loro e delle disgraziate famiglie.

Ora si può misurare la estensione dei benefici personali, famigliari e sociali, che il sanitario può in tale campo portare, anche solo indicando alle famiglie la possibilità di tale evento, perchè possano al ginecologo ricorrere?

E tali verità da anni volli dimostrare non solo ai medici e agli studenti in medicina, ma anche alle allieve levatrici, perchè trovandosi queste a contatto sovente intimo delle famiglie, possono tale funzione sociale esplicare assai utilmente, elevando nel contempo il prestigio della loro missione.

E in linea psico-sociale volli pure con un *referendum* mondiale stabilire la non contagiosità del cancro dell'utero (1) allo scopo di evitare alle infelici cancerose una cattiva assistenza delle famiglie pel pregiudizio (radicato) del contagio.

Un problema assai doloroso che si impone ovunque e in particolar modo in Italia è quello della tutela dell' infanzia illegittima e dell' infanzia legittima abbandonata.

Ogni anno l'esercito di quegli infelici che per una parte notevole è alimentato da ospedali, istituti di beneficenza e prigioni, aumenta in modo impressionante.

Ora chi meglio del medico e della levatrice può esercitare direttamente per essi un'azione benefica, e chi sopratutto può essere miglior consigliere allo Stato per le necessarie riforme?

Se le autorità e gli enti di beneficenza coadiuvassero, e se medici e levatrici sentissero e comprendessero tale nobilissima missione, quante vite salverebbero, quale minor numero di infermi e di deficienti si avrebbero, e quanti anche riconoscimenti legali si otterrebbero! Su tale via occorre, è doveroso che noi clinici ginecologi avviamo i giovani la di cui istruzione ci è affidata, ricordando che l' istruzione non si può scindere dalla educazione (2).

E la questione appunto della ricerca della paternità chi più del sanitario può essere competente a trattare ed a propagandare?

Più di qualsiasi altro cittadino il sanitario segue i quotidiani

(1) Bossi. *Dimostrazione ginecologica della non contagiosità del cancro* — *Annali di Ost. e Gin.* — Febbraio 1902, Milano.

(2) Bossi. *Il problema dei figli illegittimi* — Tipografia Sordo-Muti — 1902, Genova.

tristi drammi degli illegittimi, delle figlie del popolo tradite, abbandonate senza mezzi, senza soccorsi, alle quali sovente, troppo sovente, crudeli, barbare ragioni economiche tolgono anche il diritto sacro di nutrire ed educare il frutto delle proprie viscere.

Chi più competente e persuasivo del medico, che giornalmente vede ruinate, oltrechè moralmente, anche fisicamente le sedicenni, diciasettenni, ventenni illegittime, che, povere incoscienti, per conservare il segreto della loro vergogna trascurano (o sono obbligate a trascurare) ogni regola igienica voluta dal loro stato?

Vidi il sorriso degli scettici e dei senza cuore quando io trattai la questione del divorzio dal lato ginecologico (1). Ma in una nazione dove per preconcetti aprioristici e per ragioni estranee affatto alla questione vedesi mancare tuttodì anche la più ristretta, la più limitata legge sul divorzio, che omai tutte le nazioni più civili possegono, chi più del sanitario e sopratutto del ginecologo deve obbiettivamente trattare tale argomento? Chi più del sanitario che troppo sovente assiste alla incommensurabile infelicità di connubî, nei quali uno dei due è un ignobile contagiato o fisicamente demolito, chi più del sanitario che assiste alle tristi conseguenze fisiche e morali e sociali di quell'enorme anomalia, di quella falsa e immorale e sopratutto antinaturale posizione che è la separazione legale di corpo?

Nello svolgere il capitolo, che chiamammo della *pediatria del lattante* fu costante nostra preoccupazione di rilevare due errori nei quali cadesi sovente anche nelle famiglie più evolute per rapporto all' allattamento.

Il primo errore si è quello di esagerare nell' allattamento sia materno sia mercenario.

Indubbiamente il latte umano e sopratutto il materno sono i più indicati per un felice sviluppo del neonato.

Ma non dobbiamo dimenticare, che il latte umano e inferiore per potenzialità nutritizia al latte animale e alle pappe. Ne consegue che quando il lattante si sviluppa rapidamente, gagliardamente, per quanto in apparenza possa essere soddisfatto del latte umano, egli rimane insufficientemente nutrito e ne consegue un deficiente sviluppo scheletrico che equivale a rachitismo.

Così accade, che sia i bambini ai quali si teme di somministrare latte di vacca, pappine e uova, dopo i primi mesi, sia i

(1) Bossi. *La legge sul divorzio considerata dal lato ginecologico — Rassegna di Ost. e Gin.* — 1902, Napoli.

bambini nei quali o per eccessivo zelo materno o per falso concetto di famiglie ricche (le quali a 10, 12 mesi assoldano altra balia mercenaria per continuare l'allattamento umano), si protrae l'allattamento al di là dei 12 mesi, si sviluppano poi meno robusti, meno resistenti del normale.

Il secondo errore, il quale non di rado è fomentato da puro egoismo individuale, è la leggerezza talora fenomenale con la quale e la sposa (o le famiglie relative) rinunciano all'allattamento materno, e i medici e le levatrici le secondano.

Pare strano ma non è ancora sufficientemente penetrato nella coscienza così del pubblico che dei sanitari il concetto, che l'allattamento materno è una funzione naturale, utile e in taluni soggetti anche necessaria, alla quale non impunemente sempre si può rinunciare.

Il contravvenire alle leggi naturali quando non ve ne sia l'indicazione è sempre dannoso, è sempre pericoloso. Sovente si sconsiglia l'allattamento materno pel timore che esso indebolisca la madre, o perchè si dice la madre troppo nervosa per sopportarlo. Quanti e quanti invece sono i casi di pazienti da me riscontrate anemiche, denutrite in preda a depressione nervosa unicamente pel fatto di avere soppressa una lattazione che era floridamente in atto!

Nè rari sono i casi di subinvoluzione uterina, di utero flaccido difficilissimi a guarirsi per tale soppressione.

La funzione mammaria è una naturale e, dirò, necessaria prosecuzione della gestazione. Non è possibile che senza danno per l'organismo, quando essa si avvera regolarmente, si possano quasi di botto arrestare le più vitali ghiandole del corpo, quando sono appunto nel maximum della loro manifestazione fisiologica. Opera sana quindi e in linea sanitaria e in linea sociale è quella di propagandare il più che è possibile, qnanto sia doveroso ed utile l'allattamento materno.

E questa fu ed è sempre una delle maggiori cure della nostra scuola, che saluta con entusiasmo l'esempio che al riguardo venne anche dall'alto, dalla Casa Regnante, che seppe coraggiosamente passar sopra a vecchi e sciocchi pregiudizi.

E per rapporto al malthusianismo noto è che esso va ognor più prendendo ovunque proporzioni gravissime, che già qualche nazione, come la Francia, ne sopporta le tristi conseguenze colla depopolazione, che nello scorso anno segnò circa 27 mila nascite in meno delle morti. È noto, o saper si dovrebbe, che esso fu una

delle cause gravi della decadenza dell'Impero Romano e che lo sarà sopratutto per tutta la razza bianca. Ma il malthusianismo che è il prodotto sovente di degenerazioni sessuali (i processi di Berlino informino), più sovente di egoismo individuale o di famiglia, per nulla, si può dire, risente della lotta a base di considerazioni morali, religiose, filosofiche e sociali. L'egoismo passa sopra a tali considerazioni. E l'egoismo va combattuto con argomenti egoistici.

E come tali altro non vi ha che possa influenzare, preoccupare, che la dimostrazione materiale che tutti i mezzi malthusiani il più delle volte originano malattie utero-ovariche e squilibri nervosi talora inguaribili (1).

Ora chi più competente e atto a propagandare tali argomenti può essere del sanitario, del ginecologo, che quasi quotidianamente constata lesioni utero-ovariche provocate dalle manovre malthusiane, le conseguenze talora fatali degli aborti procurati, i quali vanno assumendo in numero le proporzioni più allarmanti? Non a torto quindi (senza oltre addentrarmi in particolari) posso affermare che grande e sublime può e deve essere l'opera psico-sociale e anche politica, che nel campo della ginecologia al sanitario è dato esercitare, anche con indiscutibile vantaggio del prestigio di classe.

Questa la sintesi dell'indirizzo della nostra scuola che, come comprendete, importa un compito grande, laborioso, difficile.

Da 21 anni a tale compito sacrifico la mia esistenza colla coscienza di nulla trascurare per raggiungerlo. Ebbi durante sì lunga carriera buoni e falsi cooperatori; ebbi soddisfazioni e sconforti, ma gli sconforti, sinora, lungi dal deprimerci, furono a noi di incitamento a continuare, e ciò ritengo la miglior prova *che la via è buona*.

Ebbimo collaboratori diretti e indiretti, tiepidi e calorosi, persistenti e intermittenti ai quali tutti oggi, che siamo *giunti* a *quella tappa*, a *quella sosta che deve servire* per guardarci indietro e mirare il cammino fatto onde prender lena a continuarlo, rivolgo un pensiero di affetto e di gratitudine. E così permettetemi di volgere un ricordo anzitutto a un caro defunto, a Leonardo Gigli, che nei supremi momenti di sconforto per l'ingratitudiae nazionale in stri-

(1) Vedi memoria citata: *Malattie utero-ovariche e malthusianismo.*

(2) Vedi commemorazione di Leonardo Gigli tenuta dal prof. Bossi per invito dell'Associazione Medica Lombarda il 4 Maggio corrente anno. *Bollettino dell'Associazione Sanitaria Milanese.* *N. d. R.*

dente contrasto col plauso degli stranieri, era felice (2) di trovare nel nostro Istituto degna e affettuosa ospitalità in qualità di aiuto onorario; a Leonardo Gigli che, trionfatore del problema dell'apertura del bacino, invano per un secolo e mezzo studiato dalle più elette menti dell'ostetricia italiana ed estera, decedeva il 4 aprile ultimo scorso, ucciso da triste invida sorte morale e fisica.

Un saluto permettetemi ai dottori Samuele Demarini e Leone Zenoglio, aiuto l'uno, primo assistente effettivo l'altro di questo Istituto, entrambi già miei allievi studenti nell'89-90, e che, fedeli sempre e sempre allievi affezionati, mi seguono da 19 anni così nella prospera come nell'avversa sorte; pur troppo in oggi raro esempio nel campo della vita sociale anche universitaria.

Un saluto e un grazie permettetemi ai dottori Rebaudi, Biasotti, Carli, Soldi, che pure, quali assistenti, l'opera loro assidua vanno prestando nella Clinica e nei laboratorî nostri; ai dottori Amoretti, Copello, Deamicis, Delfino, Donzella, Gallo, Pastore, Piana, sanitarî devoti della Guardia Ostetrica Permanente annessa alla Clinica.

Un ringraziamento e un saluto permettetemi a Suor Rosalia, che colla sua opera assidua, zelante, veramente pietosa, spiegata in tutti questi anni in pro delle pazienti e della Clinica, costituì una vera e da me ben accetta eccezione a quanto io penso sulla utilità di laicizzare gli ospedali con adatto, capace, ben istruito corpo tecnico di infermiere laiche, come le *nurses* inglesi, come le *schwester* tedesche; a Ida Meriggi che nella sua qualità di maestra dimostrò collo zelo i sentimenti umanitarî e nobili di cui è dotata.

Un ringraziamento vivo, sentito, permettetemi all'Ingegnere capo del Genio Civile di Cenova Comm. Valente e all'Ingegnere capo ufficio Cav. Crociatelli e all'assistente ai lavori Pertusi, i quali nel rinnovamento edilizio di questo Istituto ebbero notevole parte superando le maggiori difficoltà che non sempre casualmente insorgevano nella costruzione su edificî vecchi e abitati (1), i quali seppero ancora con

(1) Si dovette procedere alla costruzione dell'aula e dei laboratori senza mai poter ottenere che venissero sgombrati dalle ammalate 7 letti, che trovansi nelle camere della Sezione Ospitaliera Maternità, sottostanti al soffitto su cui si costruiva; facile è a comprendere con quale maggiore dispendio di denaro e tempo e con quali patemi d'animo per le povere degenti! Ciò che non è da imputarsi, è doveroso l'affermarlo, nè all'Amministrazione, nè alla Ingegneria, nè alla Direzione Generale Sanitaria degli Ospedali Civili, le quali tutt'al più si possono accusare di una eccessiva deferenza verso l'autonomia sanitaria delle singole sezioni ospitaliere, autonomia che da simili fatti non esce certo moralmente rafforzata.

(*N. d. R.*).

tatto e sana energia contemperare le esigenze ufficiali e gli interessi del nuovo edificio che urgeva costrurre.

Ed a voi, giovani egregi, a cui sorride un lungo avvenire, non esito ad affermare, che la maggiore delle soddisfazioni della mia vita sociale e scientifica, si fu di aver creato una *scuola*, che contando omai già parecchie generazioni di laureati, e di diplomati, e possedendo, come cercai di dimostrare, un indirizzo proprio, parmi, a giusta ragione, vantare tradizioni proprie.

La vita si presenta ognor più pletorica di esigenze, e perciò appunto sempre più gravosa, si rende la lotta per l'esistenza.

Lungi di qui, nell'esercizio professionale come nel campo scientifico le soddisfazioni si alterneranno anche crudamente cogli sconforti.

Orbene, come nei momenti di maggior letizia o di maggior tristezza nella *vita sociale* vi raddoppia il contento e vi solleva l'animo il ricordo della vostra madre, della vostra famiglia, nel cui seno istintivamente cercate rifugio, in questa *seconda vita* che deve camminare di conserva, parallela alla prima, nei momenti così di soddisfazione che di sconforto, vi sia di maggior felicità e di sollievo il ricordo delle tradizioni della vostra scuola.

Come nella famiglia attingeste la vita fisica e morale, nella scuola, nell' ambiente universitario, seconda nostra famiglia, attingeste la vita intellettuale e sociale. Ricordatevi che non impunemente si contravviene alle sacre tradizioni della famiglia, e che quella del figliuol prodigo è storia di altri tempi che val meglio non rinnovellare.

Fermezza nei propositi, onestà nell'azione, lavoro sereno e indefesso per migliorare sempre sè stessi, nessuna deviazione dell' indirizzo scientifico, sono i veri e necessarî coefficenti del successo nel nostro campo, ed io vi auguro che su tali basi la vostra vita scientifica, professionale e sociale sia seminata di molte e ben meritate soddisfazioni, di molte e brillanti vittorie (1).

(1) Sorge nell' anfiteatro il signor Costa, studente del sesto anno, che con nobili parole consegna al Maestro un'artistica pergamena a nome della scolaresca, con questa leggenda:

A Voi
Luigi Maria Bossi
Professore di Ostetricia e Ginecologia
nella R. Università di Genova
A Voi
maestro nella scienza profondo
conquistatore di nuovi principii e metodi geniali
A Voi
mente irradiata dalle
più alte idealità sociali e civili,
oggi che si inaugura per il genovese Ateneo
la nuova aula del vostro insegnamento
sorta pei meriti e uffici vostri
i laureandi in Medicina e Chirurgia
dell'anno accademico 1907-08
consacrano in questa pergamena
un affettuoso saluto e l'augural voto che
da quest'aula escano alle lotte ed ai
trionfi della Scienza
schiere di giovani degni allievi di Voi Maestro,
continuatori della Vostra Scuola.

Genova, 7 maggio 1908.

Il Rettore Prof. Maragliano, a nome della Università, saluta il trionfatore della clinica ginecologica, e ricorda con vivo compiacimento di essere stato presidente della Commissione d'esaminatori, che diede al Prof. Bossi la libera docenza; e che fu lui stesso a far dolce violenza al Prof. Bossi onde persuaderlo a rimanere nell'Ateneo Genovese. — Io ne sono — dice il senatore Maragliano — veramente lieto, e il Prof. Bossi può dirsi giustamente altero di essere rimasto. Oggi è per lui giorno di trionfo; a lui auguro nuove vittorie scientifiche, nuovi trionfi, e mi compiaccio che Genova nostra possa ormai vantare una scuola ginecologica con tradizioni proprie, che onora il patrio Ateneo e l'Italia, e come tale riconosciuta e ammirata all'estero.

Rebaudi.

Dott. STEFANO REBAUDI

Assistente all'Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Genova

UN RAPIDO SGUARDO

all'Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Genova

(COSE VECCHIE E COSE NUOVE)

1901-1908

All'estremo sud-est di Piazza Corvetto, ritrovo veramente incantevole e mirabile per la felice disposizione degli edificî superbi e la grazia de' suoi giardini verdeggianti, che da un lato si perdono nel cupo, denso fogliame del parco Acquasola e dall'altro ascendono per l'erta lieve della villa Dinegro, donde pensoso spazia nella sua veste marmorea il *grande agitatore genovese*, sotto le fronzute, gravi ombre di annosi ippocastani, si apre l'ingresso all'Istituto Ostetrico-Ginecologico Genovese.

Un severo motivo di architrave, quasi isolato fra due alte costruzioni, un basso portale di pesante quercia, munito di borchie dorate, preparerebbero quasi inconsciamente il visitatore alla pace ed al freddo vivere monastico, non fugato ancora dallo stretto andito, da una scaletta angusta che per due mandate conduce ad un lungo e ristretto corridoio, se le indicazioni esterne ed un biancore, quasi patognomonico diremo, delle pareti, ricoperte sino ad altezza d'uomo di smalto brillante, non ne richiamasse la mente alla realtà delle cose.

Si sale, si procede nel detto corridoio, ove s'incontra a mano sinistra l'ingresso alla modesta abitazione dell'inserviente, e si arriva ad un piccolo ripiano, donde scendendo alcuni gradini si riesce in tre piccoli ambienti adibiti a stanze da letto per gli studenti, che ogni settimana per turno di sei si alternano nelle guardie alla Clinica. Si salgono invece una ventina di scalini e si riesce per un breve pianoro in un'ampia sala, a forma quasi regolarmente quadrata, a volta ardita e severa, adibita a stanza d'aspetto, e che può considerarsi il vero centro, il cuore dell'Istituto, donde si diramano per opposte vie le diverse vitali sue arterie.

E son ben sei le arterie, che se ne dipartono per immettersi in ambienti disparatissimi. Subito a mano destra si riesce su una

veranda scoperta, che fa capo ad una terrazza situata proprio sopra l'ingresso all'Istituto, donde si gode uno stupendo panorama, rallegrati nell'estate da una fiorita verzura e dalle brezze montanine, le quali cullano nel dolce mormorio delle fronde grevi degli ippocastani antichi, che piegandosi ne vengono quasi a lambire; nell'inverno dall'impetuoso vento boreale, che fra i rami spogli ed intristiti risveglia sibili e fremiti acuti. Veranda che rasenta e sulla quale si aprono tre luminose ed allegre camerette, adibite due agli assistenti della Clinica, una ai Sanitarî della Guardia Ostetrica Permanente, che per turno disimpegnano il servizio ostetrico notturno presso la popolazione meno abbiente della città.

Si rifà il cammino percorso, e subito nel rientrare a destra si imbocca in un salottino semplice e severo, dedicato alla Guardia Ostetrica Permanente, che ha quivi infatti radunato numerose attestazioni, le quali fanno fede delle benemerenze conquistate da questa santa istituzione; che, fondata dal nostro illustre direttore, seconda in Italia, da ben 17 anni, dapprima esterna all'Istituto Clinico, ora ad esso unita, onde portare e ritrarne un valido fraterno ausilio, ha profuso a piene mani i tesori della sua sapiente e disinteressata prestazione nei miseri e reconditi tugurî dei quartieri miserrimi della città.

Si ritorna di bel nuovo nella camera d'aspetto e procedendo pochi passi, sempre sulla stessa parete nord-ovest, si incontra una apertura, che per un andito breve conduce in un'ampia camera luminosissima ed egregiamente aereata, adibita ad ambulatorio esterno per le malattie delle donne: servizio disimpegnato dagli assistenti della Clinica e dai Sanitarî della Guardia Ostetrica.

S'apre in questa stanza la Biblioteca-Museo, dedicata ad un nostro compianto grande scomparso, a Leonardo Giglì, come appunto è indicato da una lapide marmorea situata subito sopra l'ingresso, qui riprodotta:

È questa un'amplissima sala a forma quadrilatera, a volta altissima, tutt'attorno coperta di capaci armadi a vetri, ove sono raccolte le collezioni anatomiche e dimostrative, invero scarse, di cui è fornito questo Istituto, e la biblioteca, che, manchevole parecchio, è andata e va rimpinzandosi lentamente per le nostre continue cure. V'è nel centro un ampio e capacissimo tavolo, ove

si può nella miglior calma possibile attendere ai lavori di ricerca bibliografica.

Verso il lato sud-est della già descritta stanza d'aspetto v'è l'accesso alle camere di altri due assistenti alla Clinica.

Questi sono i locali scientifichi antichi dell'Istituto, e questa è la novella disposizione loro.

Sebbene sieno pressochè inalterati nella loro ossatura esterna, certo riescono irriconoscibili, e ne sfugge il ricordo a quanti, che pur quivi hanno vissuto, non ebbero l'avventura di seguire la graduale loro trasformazione. Le pareti sono state in parte ripristinate, coperte sino ad altezza d'uomo per tutta la loro distesa di smalto brillante, le aperture ampliate, munite di serramenta nuove, le porte, gli scaffali rifatti e rimessi a nuovo, la disposizione poi degli ambienti e dei servizî, l'arredamento sostanzialmente mutato.

Infatti, ove oggi esiste la *Biblioteca-Museo Leonardo Gigli*, erano confinati tutti i laboratorî scientifici dell'Istituto: ivi si faceva dell'istologia, della batteriologia, della chimica biologica; e veramente risveglia un vero senso di ammirazione il solo pensare, come là stretti, stipati in uno spazio limitatissimo, si sia potuto lavorare e largamente produrre. Solo in questi ultimi tre anni si erano aggiunti due piccoli ed incomodi locali per la batteriologia e la chimica.

Le raccolte anatomiche e dimostrative, nonchè l'armamentario storico retrospettivo dell'Istituto, erano raggruppate malamente alla rinfusa in scaffali antichi nella sala destinata ora all'Ambulatorio esterno; i libri della clinica erano in parte raccolti nella camera da letto d'un assistente, in parte entro scaffali, che ingombravano in malo modo la camera centrale di riunione.

L'Ambulatorio esterno della Clinica era situato nella camera ora destinata ai sanitari della Guardia Ostetrica, che per turno passano quivi la notte pronti pel servizio esterno.

Nella stanza da letto, che s'apre sul lato più distale della parete sud-est della sala d'aspetto era situato in condizioni non molto felici lo studio del direttore.

A bella posta nella enumerazione dell'arterie diverse, che fanno capo e si dipartono dalla sala centrale d'aspetto, abbiamo tralasciato di far parola della più ampia, della più luminosa ed appariscente, giacchè troviamo modo così di venire a dare qualche sommaria indicazione sui novelli locali, di cui si è arricchito l'Istituto Ostetrico.

Un chiarore allegro e sereno, che per un'ampia porta a vetri, situata subito di fronte a chi entra, spiove entro la camera d'aspetto, quasi inconsciamente prepara il visitatore a nuove cose: quel fascio di luce che illumina, riscalda, rincora, rallegra tutto quanto l'ambiente, veramente parla di novelle idealità, di novelle luminose vie verso cui è venuto a posarsi l'Istituto Ostetrico Genovese. Il nuovo, il moderno, la conquista dell'oggi e la mirabile speranza del do-

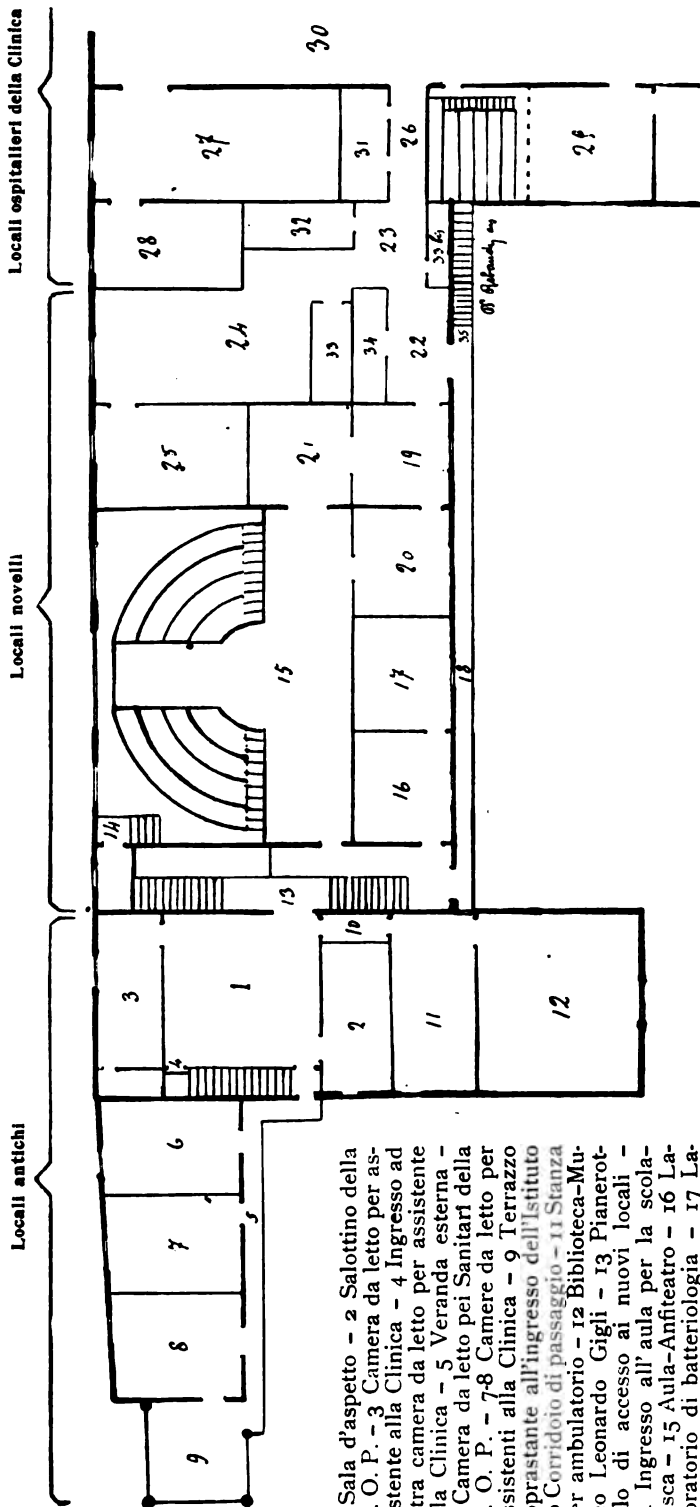
mani ci è additata con fatidico cenno da questa luminosa face, che irresistibilmente ci attrae segnandone la soglia, donde subito appare una semplice piastra marmorea, che ricorda al visitatore come i locali novelli sieno appunto stati inaugurati durante l'Anno Accademico 1907-08.

Si salgono due scalini, si riesce su un pianerottolo marmoreo illuminato da un ampio lucernare, e stupore sempre più profondo coglie chi, conoscitore, sebben recente dei luoghi, tenta di rifare in un intimo esame di coscienza la topografia antica dell'ambiente.

È tale un rinnovellamento sostanziale, che invano ci si raccapezza: è impossibile istituire confronti; ov'era lo squallore, un'accozzaglia veramente indecorosa di cose diverse non sempre del tutto edificanti allo spirito, si ergono i nuovi lindi ed aggraziati locali dell'Istituto; occorre la pianta topografica antica, occorre il ricordo fotografico per poter rievocare anche rapidamente quelle impressioni lontane certo non sempre piacevoli.

Ove si ergono ora i locali nuovi esisteva un antico e sdrucito tetto d'ardesia, che spioveva dal lato di levante su un cortile prospicente al Caffè-Giardino d'Italia, dal lato di ponente veniva a cadere su d'un terrazzo lungo e stretto, sola ed unica comunicazione fra gli istituti scientifici già descritti e le corsie ospitaliere per le malate della Clinica. Ed era veramente penoso e detestabile questo passaggio a cielo aperto, donde si accedeva da un lato per una piccola porta ed una stretta ed angusta scala a due mandate, giacchè la disposizione stessa del luogo, la furia degli elementi diversi, che ivi si scatenavano rabbiosamente, nell'estate con un sole canicolare, nell' inverno con un vento ed un turbine irresistibile; tutto contribuiva a renderne viepiù sgradita ed odiosa anche la semplice ricordanza. Il suolo era fatto di ardesie sconnesse e male in gambe; dal lato di ponente era delimitato da un parapetto antico e dal lato opposto da uno spiovente del tetto, sul quale si aprivano due abbaini muniti di inferriate, che davano luce ed aria a delle misere soffitte destinate alle infermiere della Maternità: questo quadro grazioso era poi come inghirlandato da numerose cordicelle tirate fra un punto e l'altro, su cui svolazzavano alla brezza marina bianchi pannolini. Questa armonica costruzione serviva di copricapo ad alcuni locali della Sezione Maternità, annessa all'Ospedale Pammatone.

Su queste basi si trattava di erigere le nuove costruzioni: e fu non lieve e piccolo lavoro questo, giacchè si doveva buttar giù il tetto descritto, senza interrompere il servizio ospitaliero nei sottostanti locali; si doveva costrurre su muraglie, le quali non davano una sicurezza di stabilità ai nuovi ed ingenti pesi da sovrapporvisi. Si lavorava sopra terreno infido: la muraglia antichissima dal lato di ponente si reggeva sopra una serie di colonne, di cui qualcuna dava segno di forzare lievemente. E come prima cosa queste colonne, che presentavano qualche segno di indebolimento, furono rinvigorite, le mura antiche in parte rifatte e poi legate e strette

Pianta generale dell' Istituto Ostetrico-Ginecologico della R.ª Università di Genova.

1 Sala d'aspetto – 2 Salottino della G. O. P. – 3 Camera da letto per assistente alla Clinica – 4 Ingresso ad altra camera da letto per assistente alla Clinica – 5 Veranda esterna – 6 Camera da letto pei Sanitari della G. O. P. – 7-8 Camere da letto per assistenti alla Clinica – 9 Terrazzo soprastante all'ingresso dell'Istituto 10 Corridoio di passaggio – 11 Stanza per ambulatorio – 12 Biblioteca-Museo Leonardo Gigli – 13 Pianerottolo di accesso ai nuovi locali – 14 Ingresso all' aula per la scolaresca – 15 Aula-Anfiteatro – 16 Laboratorio di batteriologia – 17 Laboratorio di chimica – 18 Veranda esterna – 19 Sala dei lavabos – 20 Gabinetto del professore – 21 Sala per sterilizzazione – 22 Sala di passaggio – 23 Passaggio alla cucina – 24 Cucina – 25 Refettorio per l'infermiere – 26 Passaggio alle corsie della Clinica – 27 Camera da parto – 28 Stanza da bagno della camera da parto – 29 Antica sala d'operazione – 30 Corridoio ove si aprono le corsie ospitaliere della Clinica – 31-33-33 *bis* Ripostigli – 32 Stanza da bagno per malate ginecologiche – 34 Spogliatoio – 35 Scala d'accesso al terrazzo per le inferme.

vigorosamente con robuste chiavi, ecc., ecc.; ed in questo lavoro preliminare, che sfugge poi agli osservatori superficiali, molto tempo fu perduto, un buon cumulo di energie furono spese, e si deve alla rara perizia ed all'estremo buon volere dell'Egregio Ing. Cav. Uff. Valente, ingegnere capo del Genio Civile, ed all'ingegnere capo-ufficio Cav. Crociatelli, efficacemente assistito dal signor Pertusi e coadiuvati egregiamente dall'impresa De Benedetti-Pedersoli, se i lavori, iniziati in mezzo a tante difficoltà ed in condizioni così disgraziate di terreno, con uno scarso contributo finanziario, poterono esser condotti a termine in un tempo relativamente breve e con completo gradimento di quanti competenti ebbero a visitare il tutto omai condotto a termine.

Ridotto a piano ed opportunamente consolidato questo informe accumulo di cose diverse si ebbe un'ampia superficie rettangolare di m. 21 di lunghezza, per m. 13 di larghezza, sulla quale si poterono solo allora erigere le novelle mura principali ed iniziare i tramezzi secondarî per la disposizione dei nuovi locali.

Si doveva costrurre su questa area un'aula, che secondo i nostri concetti clinici dovesse contemporaneamente servire ad uso didattico-teorico e ad uso operatorio-dimostrativo, e poi dei locali per sterilizzazione, per cloronarcosi, per i lavabos, per spogliatoio, nonchè degli ambienti per i gabinetti scientifici.

Il problema più importante da risolvere era quello dell'aula-anfiteatro. Si voleva un ambiente abbastanza ampio, ma non troppo, munito di aria a iosa, di abbondante luce, che opportunamente distribuita dovesse illuminare per modo, che i discepoli disposti comodamente a sedere, tutti ed egualmente bene potessero godere degli interventi operatorî e delle dimostrazioni teoriche di qualunque natura esse fossero. La luce doveva quindi cadere nell'aula dietro le spalle loro o dall'alto.

Guidati da questi concetti informatori si addivenne alla costruzione dell'aula ed alla disposizione dei banchi.

Sul lato ponente dell'edificio, ove la muraglia principale è sostenuta da quella tal serie di colonne, già accennate, fu sconsigliato porre l'aula per il pericolo del peso ingente, che in qualche circostanza avrebbe dovuto sopportare. Si pensò allora situarla sul lato di levante ove infatti sorge, ed ove certo non v'è a temere per la sua stabilità, avendo sopportato il giorno dell'inaugurazione una ressa enorme di persone forse difficilmente altra volta raggiungibile.

E' un'amplissima sala a forma rettangolare, coi suoi massimi lati disposti lungo i diametri maggiori dell'edificio: uno a levante e l'altro a ponente. Presenta m. 11 di lunghezza per m. 7,30 di larghezza, ha un'altezza di m. 6,10. E' abbondantemente rischiarata da tre ampî finestroni aperti sulla parete di levante, per modo da occuparla quasi del tutto, e poi da due ampie finestre situate in alto sulla parete sud, nonchè da due amplissimi lucernari rettangolari disposti nel centro del soffitto.

I banchi per i discepoli situati contro la parete di levante, sono disposti ad anfiteatro (capace di circa 120 posti a sedere), che si protende ed occupa, scendendo lentamente, circa i due terzi dell'ambiente sui lati; svasato ampiamente nel centro ed aperto abbondantemente nella sua metà, proprio di fronte al maggior finestrone del centro della parete di levante, per modo da costituire due metà eguali e quasi del tutto indipendenti l'una dall'altra, se non esistesse in alto, quale unico tratto d'unione, una leggiera passerella reuniente. L' anfiteatro costruito robustamente in legno pitch-pine, coperto di vernice impermeabile e resistentissima, non forma, come nel più dei casi, un enorme cassone completamente chiuso da tutti i suoi lati; ma aperto sul davanti, in basso, all' indietro si mostra

AULA-ANFITEATRO. (*Fot. Avv. Connio*)

Disposizione generale dei banchi — In alto si scorge l'ingresso adibito alla scolaresca.

elegante e svelto nelle sue forme, nel mentre presenta l'enorme vantaggio di non intercettare che lievissimamente la luce che penetra dai due finestroni laterali della parte di levante, i quali in caso contrario ne verrebbero in parte occlusi, ed inoltre di ridurre al minimo l' accumulo di polvere ed immondezze, permettendone poi il lavaggio completo e sicuro. Questa doppia serie di banchi rimangono in basso permanentemente chiusi, allo scopo di impedire, che quanti assistono alle dimostrazioni teoriche ed agli interventi operativi si facciano strada da questo lato, costringendoli a pigliar la via a tal scopo espressamente costrutta, che s'apre sulla parete nord in alto all'estremo superiore dell'anfiteatro.

Fra l'estremo limite inferiore dell'anfiteatro ampiamente svasato nel centro e la parete di ponente, entro cui a giusta altezza sta incastonata un'ampia tavola nera e più in alto nel suo centro sta

scritto in carattere romano il fatidico motto: ***Primum non nocere,*** si delimita uno spazio di terreno sufficientissimo per la comoda disposizione di tutto l'occorrente per gli svariati interventi operativi ostetrici e ginecologi, e per le varie dimostrazioni scolastiche.

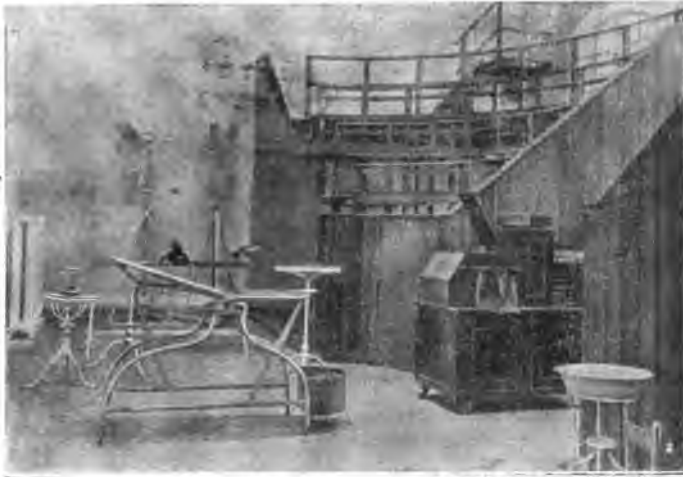
Questo tratto di terreno ampiamente aperto sul davanti, dal distacco esistente fra le due ali dell'anfiteatro, riceve un vero tesoro di luce da levante per l'ampio finestrone, che s'apre proprio per contro nel centro della parete omonima, da mezzogiorno per due finestre situate in alto nella parete sud della sala, dall'alto per due ampî lucernari situati nel centro del soffitto. Con la giusta ed opportuna disposizione delle aperture si è riusciti, diremo quasi, a concentrare un potente fascio di luce diffusa là ove se ne sentiva l'estremo bisogno, per modo da non arrecare mai nocumento alcuno alla libera visuale di chi assiste. Il raggio di luce troppo vivo e molesto è in tercettato da opportune tende disposte completamente al di fuori dell'aula.

Il suolo di quest'ampia sala, costrutto in graniglia, possiede una sufficiente pendenza verso la parete di levante, onde permettere il facile scorrimento delle acque di lavaggio; le pareti tersissime, coperte per tutta la loro distesa da smalto candido, brillantissimo, impermeabile, vengono a perdersi, a mezzo d'una larga svasatura, inferiormente col suolo, in alto col soffitto robustamente costrutto in cemento armato ed anch'esso in totalità coperto di vernice a smalto brillante, per modo che tutta l'aula rivestita d'una teca impermeabile, scorrevolissima permette un completo e radicale lavaggio con liquidi disinfettanti. Questo lavaggio si ottiene egregiamente con una pompa a getto tipo Gatteschi, costrutta dalla Ditta Angiolo ed Armando Del Taglia in Signa (Firenze).

Il riscaldamento di quest'ampia sala, della capacità di 493,85 metri cubi, munita di numerose ed ampie aperture, si fa per mezzo di un sistema di termosifoni Koerting ad acqua calda, che ha richiesto, per raggiungere la temperatura di 34°, la collocazione entro questo ambiente di qnattro irradiatori di dodici elementi ciascuno: due situati verso la parete di levante sotto ai banchi, gli altri due sui lati per contro alla parete di ponente. Questi irradiatori sono derivati da un recentissimo impianto esclusivo per la Clinica Ostetrica, che ha la sua caldaia in uno speciale ambiente perfettamente isolato, posto accanto alla parete nord dell'aula; questo sistema riscalda mediante opportune diramazioni i vecchi ed i nuovi locali dell'Istituto.

L'illuminazione della sala à fatta da due lampade da 50 candele ciascuna, tipo Osmin, pendenti dal soffitto nel centro di ciascuna metà dell'anfiteatro: lampade che invero non danno una luce sufficiente, e potrebbero riuscire in ultima analisi più di danno che di reale vantaggio, essendo facile ricetto di pulviscolo, e poi non essendo assolutamente indispensabili; giacchè la sorgente luminosa

atta a rischiarare la sala è originata per altro lato assolutamente al di fuori dell'aula.

Nel centro della parete di ponente, subito al disopra della tavola nera si scorge un foro ogivale occluso da un cristallo levigato e tersissimo. Al lato opposto, fuori quindi dell' aula, per contro a questo foro, opportunamente fissata, esiste una sorgente luminosa, costituita da una lampada ad arco perfettamente funzionante, la cui luce intentissima, a mezzo di uno specchio parabolico, viene proiettata attraverso il cristallo entro la sala. E' raccolto questo fascio orizzontate di luce su di uno specchio piano e riflesso su un altro specchio disposto per modo da dirigerlo nel centro del soffitto, donde per la riflessione multipla che subisce su detta superficie ir-

AULA-ANFITEATRO. (*Fot. Avv. Odero*)

Veduta d'assieme della metà nord — Nel distacco fra le due metà dell'emiciclo si scorge lo stereoproiettore, cui può mutarsi con facilità di posizione.

regolare, viene frammentato e disseminato in svariatissime direzioni per tutta l'aula rischiarandola di una gradevole luce diffusa. Con tale disposizione si riesce ad illuminare tutto l'ambiente senza situarvi entro alcun apparecchio, che accumuli polvere o determini, come le lampade ad arco, correnti calde, capaci di rimuovere e trascinare i leggieri pulviscoli aerei.

Questo sistema di illuminazione serve unicamente per illuminare di luce diffusa l'aula, e certo non è sufficiente a rischiarare di viva luce giornaliera il campo operatorio d'urgenza nelle ore buie. A tale scopo sempre fuori dell'aula ed appunto nello stesso sito e sul medesimo piano della sorgente luminosa già descritta, esiste una seconda lampada ad arco, la cui luce a mezzo di uno specchio parabolico è proiettata, attraverso il solito schermaglio di cristallo, nella sala su varî specchi piani, sostenuti da opportuni trepiedi scorrevoli,

che variamente disposti possono convergere un fascio di luce orizzontale entro i genitali, oppure obliquo proveniente dall'alto e piuttosto da destra che da sinistra, da un lato o dall'altro. In tal modo si riesce ad avere da qualunque lato ed in qualunque direzione, che più aggrada, un fascio di luce bianca abbastanza intensa e per nulla abbagliante, che permette di eseguire nelle migliori condizioni possibili qualunque e più accurato intervento operatorio.

Questi apparecchi per illuminazione furono forniti dal dottore in fisica sig. Filippini, che fece costruire il tutto presso la Società Filotecnica dell'ing. Salmoiraghi in Milano.

Lo stesso dott. Filippini ha arricchito l'Istituto di un ottimo apparecchio per proiezioni, da lui ideato, e nomato *stereoproiettore*. Ed a ragione, giacchè con questo apparecchio, che non richiede speciali preparativi di impianto, riunendo in un mobile facilmente trasportabile tutto il necessario, si riesce a proiettare ingrandito qualunque disegno, oggetto opaco, coi suoi colori, le sue caratteristiche stereoscopiche, quasi staccato, in rilievo sullo schermo. Non lieve vantaggio, giacchè senza il grave dispendio di denaro e di fatiche per l'acquisto o la manipolazione delle diapositive, si riesce a proiettare alla grandezza voluta qualunque tavola, tabella, disegno tolto da qualsiasi libro od atlante; e ciò con gran beneficio per le dimostrazioni teoriche e per le finanze dell'Istituto, cui non si richiede più d'essere fornito di ampie e costose tavole murali esplicative. All'apparecchio può esser applicato un microscopio per le proiezioni microscopiche.

L'ingresso all'aula per il personale assistente e per le inferme si fa per un'ampia apertura situata all'estremo ponente della parete di mezzogiorno, che immette subito in un ambiente destinato agli apparecchi di sterilizzazione.

E' infatti quivi radunato in stretto spazio tutto quanto necessita alla sterilizzazione delle vestimenta e del materiale di medicazione, dell'acqua, degli strumenti, del materiale di sutura; e sono le cose disposte per modo, che con un'unica sorgente di calore noi possiamo contemporaneamente mandare a termine tutte queste diverse operazioni.

Esiste una caldaia centrale riscaldata da una robusta fiamma a gas, costrutta per modo da contenere comodamente catinelle, recipienti diversi, donde si sprigiona vapore, che senza alcun pericolo può essere portato sino alla pressione di $2\,^1/_2$ atmosfere, raggiungendo una temperatura di 139°.

Da questa sorgente centrale il vapore sotto pressione può esser portato per condutture apposite in uno piuttosto che in un altro degli apparecchi annessi, oppure contemporaneamente in tutti secondo i nostri scopi.

Così può esser condotto a sinistra in una grossa pentola di rame a farvi bollire dell'acqua, onde avere dell'acqua sterilizzata, che per una felice disposizione può esser quasi istantaneamente raf-

freddata alla temperatura occorrente per il suo immediato uso, oppure, se troppo fredda, mediante una lampada Bunsen portata alla temperatura che più aggrada: può esser fatto giungere, procedendo sempre per un prolungamento della stessa tubatura, entro un autoclave orizzontale capacissimo, disposto per modo che il materiale da sterilizzarsi entro scatole di rame introdotto da questo ambiente, viene estratto sterilizzato e pronto per l'uso nella sala operatoria, ove fa infatti capo con la sua apertura opposta. Se diamo passo al vapore verso destra può esser fatto giungere per altra opportuna tubatura ad un recipiente colmo d'acqua, ove son posti a bollire sostenuti da una grata metallica gli istrumenti. Questo recipiente può essere anche riscaldato direttamente con un sistema di fiam-

AULA-ANFITEATRO. (*Fot. Avv. Connio*)

Veduta d'assieme della metà sud — Si scorge, attraverso la porta di sfondo spalancata, la camera di sterilizzazione.

melle a gas; come pure un piccolo recipiente per il materiale di sutura situato accosto al precedente.

Il vapore che ha servito per le varie sterilizzazioni è condensato mediante opportuni apparecchini posti sul terreno, e poi trascinato in basso per un lungo tubo, che scende orizzontale per qualche metro, onde immettersi in una conduttura d'acqua.

Nell'autoclave possono farsi facilmente varie decompressioni; l'asciuttezza perfetta delle vesti e del materiale di medicazione è ottenuta mediante una corrente d'aria caldissima, che può esser fatta circolare entro l'autoclave a sterilizzazione finita.

L'apparecchio funziona egregiamente e le prove condotte, sotto il diretto controllo dell'Istituto d'Igiene della nostra Università, hanno sortito esito favorevolissimo, giacchè dopo 20 mp. di tensione di vapore, le leghe di piombo fusibili a 139° poste anche nei

più reconditi meandri della medicazione si sono fuse perfettamente, le spore di carbonchio seminate in varî terreni nutritizî non hanno vegetato.

Questo impianto completo di sterilizzazione ci fu fornito dalla casa Hausmann S. A. di St. Gallen (Svizzera), cui siamo lieti di manifestare il nostro pieno gradimento.

Si procede oltre e si riesce nella camera dei lavabos: ambiente spazioso e comodissimo ove ben sette lavabos a getto regolabile, muniti di acqua calda e fredda, sono situati tutt' attorno lungo le pareti, per modo da permettere il contemporaneo comodissimo spazzolamento degli assistenti e degli studenti di turno.

Di qui per un ambiente di passaggio, che per una sua metà, a mezzo d' una paratia, è stato trasformato in spogliatoio per gli assistenti e studenti, si ha accesso ai locali ospitalieri di ricovero per le ammalate della Clinica: locali questi, che non subirono sostanziali modificazioni, se si toglie l'aula-anfiteatro antica, situata per l'appapunto da questo lato, che venne opportunamente trasformata in tre camere adibite a sezione isolamento, e l' antica sala operatoria, ora adibita ai soli interventi settici.

In questo ambiente di passaggio si apre anche l'adito ad una veranda esterna, che trascorrendo sul lato di ponente dell' Istituto recentemente costrutto, permette il passaggio dai vecchi e dai novelli locali scientifici alle corsie ospitaliere.

Sul lato di ponente della nuova costruzione, ed appunto in quello spazio che intercede fra l' aula e la parete maestra distale, sono disposti in due piani sei piccoli ambienti, tre sopra e tre sotto, uno dei quali è adibito a gabinetto pel direttore, i cinque altri a gabinetti scientifici.

Il gabinetto del direttore, arredato con eleganza e semplicità, situato al pian terreno, si apre per l' ingresso suo maggiore nella sala dei lavabos; possiede però un'altra porticina, che dà adito direttamente all' aula, aprendosi sul lato sud della parete sua di ponente.

A gabinetti scientifici sono quindi adibiti cinque ambienti, due al pianterreno e tre al primo piano: al pianterreno esiste il gabinetto di batteriologia e di chimica, al primo piano un ambiente per la vivisezione e due ambienti per l'istologia.

Questi gabinetti sono arredati egregiamente, muniti di tutti gli apparecchi indispensabili a qualunque ricerca sperimentale. Illuminati a sufficienza per ampie finestre, che si aprono sul lato di ponente dell'edificio, i tre ambienti superiori, due dei quali per necessità di costruzione ebbero le finestre meno capaci, ricevono anche luce da capaci lucernarî, che si aprono come quelli dell'aula sulla copertura dell'edificio; l'ultima stanzetta però possiede ancora verso mezzogiorno un' altra ampia finestra, che porge su di un terrazzo, adibito a passeggiata per le malate della clinica.

Tutti questi ambienti sono forniti di impianto elettrico per l'illuminazione; sono riscaldati da altrettanti irradiatori diramati dall'unico sistema Koerting ad acqua calda, che funziona unicamente a servizio dell'Istituto Ginecologico.

Sin qui abbiamo detto partitamente ne'suoi grandi tratti delle modificazioni sostanziali apportate agli antichi locali della clinica e dei nuovi ambienti di cui si è arricchita, occorre ora, quale sintesi dell'opera nostra, portandoci all'esterno, buttare un rapido sguardo comprensivo su l'Istituto novello, tracciando una sommaria e fotografica impressione delle sue linee architettoniche esterne.

ISTITUTO OSTETRICO-GINECOLOGICO GENOVESE.
I nuovi locali veduti dal lato di ponente.

A riunire, a tenere avvinti in un unico e vivificante amplesso l'antico locale ripristinato degli istituti scientifici alle corsie ospitaliere della Clinica, esiste oggi il novello Istituto, costituito nelle sue linee architettoniche esterne, come appare dalla fotografia d'assieme qui annessa, che ne riproduce appunto la parete di ponente, da un corpo d'edificio rettangolare, severo, elevato, che ne rappresenta come il nucleo, donde si stacca quale appendice una costruzione ad un sol piano, della metà circa in altezza, che poggia e fa corpo direttamente cogli antichi locali delle corsie ospitaliere. Nel grande edificio sono compresi l'aula, i laboratorî scientifici ed il gabinetto del professore, nell'altro sono allogate la sala per la sterilizzazione, la sala per i lavabos, la stanza di passaggio, nonchè un refettorio per le infermerie e la cucina.

Due ampie terrazze, costrutte solidamente in cemento armato, costituiscono il copricapo di questi due edificî: terrazze che affatto

indipendenti una dall' altra egregiamente furono sfruttate a scopi affatto diversi. L'una, la più ampia, appunto quella che copre l' edificio maggiore, ove s'aprono i diversi lucernari, che danno vivido chiarore all' aula ed ai laboratorî del piano superiore, è adibita ad esclusivo servizio degli istituti scientifici: ed infatti là sopra si sono costrutti ai due lati comodissimi e spaziosi stabularî per gli animali da esperimento. L'altra, che copre l'edificio minore, è usufruita unicamente a passeggiata per le inferme ricoverate nella Clinica, che quivi hanno aria, luce, ed un allegro spaziare lontano alle stanche pupille.

Così nel miglior dei modi si è ottemperato alle esose richieste della ricerca scientifica, e si è accondisceso di buon animo alle pressanti e dure necessità vitali di tante inferme affidate alle nostre cure.

La ricerca scientifica, severa, completa, e la sua facile e totale divulgazione; la redenzione fisica e morale delle inferme: questi furono i grandi ideali, che guidarono il nostro Maestro nel rinnovellamento di questo Istituto Ginecologico. Ed a Lui si debbono volgere a cose compiute i nostri riconoscenti omaggi, i plausi nostri sinceri: misera e ben debole rimunerazione a tante fatiche; giacchè fu Esso ad un tempo la mente direttrice ed il braccio esecutore, che framezzo a sterpi infiniti, ci ha condotti alla mirabile realtà dell'oggi, cui si para dinanzi un orizzonte sì spazioso e corrusco di luminosi bagliori bene auguranti.

Il primo intervento operativo

eseguitosi nella nuova aula-anfiteatro dell'Istituto Ginecologico Genovese

(9 MAGGIO 1908)

Chirurghi conservatori ad oltranza ci siamo sempre dimostrati e vogliamo conservarci, disse il nostro Maestro; ed il primo intervento opetivo condotto nella nuova aula dell'Istituto Ostetrico-Ginecologico, alla presenza della scolaresca tutta, con che si è inaugurato il ciclo degli atti operativi nei nuovi locali, apparentemente verrebbe a confutare ed a contraddire questo postulato, che fu a Lui luminosa guida nella lunga e gloriosa carriera di ardimentoso chirurgo-ginecologo.

Si trattava d'una donna di 55 anni d'età, tal R. P., maritata, casalinga; la quale, a gentilizio puro, in età di 43 anni aveva contratto un'infezione blenorragica uretro-vescicale, ed in età di 46 anni un'infezione sifilitica con sifiloma iniziale ai genitali esterni e manifestazioni secondarie generalizzate, di cui guarì in breve tempo e tuttora appare guarita dietro un'opportuna cura mercuriale.

Del resto null'altra infermità ebbe a soffrire la paziente. La prima mestruazione comparve a 13 anni un po' dolorosa ed abbondante; successive sempre lievemente dolorose il primo giorno, abbondanti ed a tipo anticipante. A 27 anni andò a marito ed ebbe quattro gravidanze normali, condotte regolarmente a termine con parti fisiologici, e due gravidanze abortive ai primi mesi per cause ignote. Non allattò mai.

Da circa 8 anni le mestruazioni si sono fatte man mano più abbondanti per quantità e di maggior durata, ed accompagnate da cospicuo senso di peso alle regioni lombari ed al basso ventre e da dolori molestissimi Notò contemporaneamente un lieve aumento nel volume dell'addome, disturbi gastro-intestinali, stitichezza ostinata. E queste perdite sanguigne sempre più cospicue e spossanti prostrarono e preoccuparono a tal punto l'inferma da deciderla a consultare circa sette anni fa il nostro professore, che le consigliò un intervento operatorio, stante la presenza di fibromioni uterini a prevalente sviluppo intrapelvico.

Spaventata di questa soluzione consultò altri parecchi ginecologi e chirurghi, ed avendo avuto da qualcuno un'assicurazione, che con qualche probabilità venendo in campo la menopausa, sarebbe spontaneamente guarita della sua infermità, facilmente si decise per l'attesa, e da un anno, da un mese all'altro si ridusse nelle attuali condizioni, che nolente e volente la costrinsero alla nostra clinica.

Il giorno 4 Maggio 1908 all'entrata in Clinica si riscontra:

Donna a sviluppo scheletrico regolare, a masse muscolari flaccide; a pannicolo adiposo piuttosto abbondante; a cute di colorito terreo; mucose visibili pallidissime.

Nulla presenta all'apparecchio respiratorio, se non una lieve dispnea dovuta alla grave anemia.

All'apparecchio circolatorio si nota: soffio anemico alla base del cuore. rumore di trottola alla giugulare; polso frequente, molle, facilmente depressibile.

All'apparecchio digerente si nota: lingua leggermente impatinata, disappetenza, digestioni tarde e laboriose, stitichezza.

Esame del sangue. — Globuli rossi: 3,183,000; Globuli bianchi: 7600; Emoglubina: 46 %.

Globuli rossi con scarsa tendenza a disporsi in pile, debolmente colorati; qualche forma a fiasco. Presenza di globuli rossi giovani, qualche raro normoblasto.

Esame dell'urina. — Densità: 1019; Reazione: acida; Colorito: giallo paglierino chiaro; Sedimento: scarso. Albumina e glucosio: assenti.

Esame ginecologico. — All'esplorazione combinata si riesce a percepire un ammasso duro, a superficie bitorzoluta, ma liscia e regolare, come costituito da diversi noduli tondeggianti, uniti strettamente fra loro e che fan unico corpo con l'utero. Ammasso che occupa tutto il piccolo bacino, e specialmente il cavo del Douglas, ove si avverte nettamente un solco di separazione fra due globosità, e si protende in alto per circa due dita trasverse al disopra del margine superiore dell'arcata pubica.

La cavità uterina all'isterometro misura 10 $^{1}/_{2}$ cent., ed è irregolarissima, diretta in avanti ed in alto. Si risveglia cospicua perdita sanguigna.

Diagnosi. — Fibromiomi multipli sottomucosi e intramurali, specialmente della parete posteriore dell'utero.

Le condizioni generali misere pel grave stato di anemia, l'aspetto non molto promettente della paziente, un'apparente fissità dei tumori, avrebbero a priori allontanato dal decidere un intervento operativo radicale. L'infelice però era esposta a periodiche metrorragie tali che resistevano a qualunque cura, compreso il tamponamento. L'ultima poco mancò non la uccidesse. Era prevedibile che non avrebbe sopravissuto ad una nuova metrorragia. *Per quanto pericoloso, e di gravissima responsabilità, si presentasse ogni atto operativo, pure nel coscienzioso interesse della sofferente, madre e moglie,* si decise per il pronto intervento. Ed infatti il giorno 9 Maggio u. s. nella nuova aula, alla presenza dell'intera scolaresca, si procedette all'ablazione totale della massa nepolastica per via laparotomica. Nello spazio di 32 mp. (durata totale dell'intervento) si riesce ad asportare, con non lievi difficoltà a causa dello sviluppo prevalentemente intrapelvico dei tumori e delle notevoli aderenze, un ammasso costituito da diversi fibromiomi interstiziali e sottosierosi sviluppatisi specialmente dalla parete posteriore dell'utero.

Due di questi tumori, e sono i più voluminosi, si riscontrano al taglio in preda a processi più o meno avanzati di necrosi.

Decorso postoperatorio afebbrile: l'inferma esce di clinica completamente guarita il giorno 10 Giugno 1908.

Come appare da queste brevi note si trattava appunto di fibromi multipli dell'utero in donna che aveva oltrepassata l'epoca di menopausa; e forse la loro ablazione totale, sopratutto se eseguita anni addietro, a quanti

ancora troppo sperano nella tanto decantata benefica azione della menopausa sui fibromi uterini, poteva sembrare intervento operatorio intempestivo, non consono alle nostre idee di chirurghi conservatori. E questo certo pensarono alcuni ginecologi, che in questi ultimi sette anni videro la paziente e a lei diedero qualche speranza di guarigione spontanea, facendo affidamento sulla involuzione climaterica dei fibromiomi, riscontratasi talora, ma non sempre. Questo non fu infatti il caso avventurato: la menopausa non ebbe, si può dire, alcuna benefica influenza sull'arresto e assorbimento di questi fibromiomi.

Lo sviluppo intrapelvico dei tumori, la loro molteplicità, la sede in parte sottomucosa loro che aveva provocato e mantenuto metrorragie persistenti e imponenti, ne indicavano assolutamente, già sino da sette anni addietro (epoca in cui fu vista dal nostro maestro), il pronto intervento operatorio.

E con ciò non si sarebbe fatto, come forse poteva sembrare a qualcuno e come del resto falso ha dimostrato la logica successione dei fatti, dello sport chirurgico, ma della vera sapiente chirurgia ginecologica. Da questo intervento precoce, che per giunta presentavasi in migliori condizioni di terreno organico e di manualità operatoria, giacchè l'organismo della donna era ancora validamente agguerrito ed il tumore per la sua minor mole era asportabile con maggior facilità, la misera paziente ne avrebbe ritratto per sè e per la famiglia sette anni circa di vita calma e felice, e poi si sarebbe ovviato ad un cumulo di altre tristi conseguenze legate alla presenza dei fibromi uterini, quali la necrosi (già iniziata in qualche nodulo) e la decomposizione putrida, la degenerazione sarcomatosa, le alterazioni miocardiche, ecc., che sebbene per fortuna non l'abbiano colpita, sempre ne minavano la vitalità.

« Non abusare delle operazioni e, sopratutto, delle operazioni demoli-
« trici o di entità superiore alla indicazione — *primum non nocere* – ma
« nel contempo non fuggire di fronte ai casi gravissimi, pel fatto che la
« fama di chirurgo e la statistica della Clinica possono essere menomati:
« tale è il nostro principio ». Così concluse il nostro Maestro nel suo discorso per rapporto agli interventi operativi, e in base a tale principio, e ad esso scrupolosamente attenendosi, si iniziarono *di fatto* gli interventi operativi nella nuova *aula-anfiteatro*.

REBAUDI.

La prima seduta delle Conversazioni Ostetrico-ginecologiche

nei nuovi locali dell'Istituto Ginecologico Genovese

(16 MAGGIO 1908)

La sera del 16 maggio, coll'intervento di numerosi medici e studenti, nella nuova aula della Clinica ostetrico-ginecologica genovese, si aperse il ciclo delle conversazioni ostetrico-ginecologiche settimanali con una conferenza del Direttore Prof. *L. M. Bossi* sulla questione: *Come si riproduce la mucosa dell'utero dopo il raschiamento.*

Dopo aver brevemente accennato all'abuso che di tale intervento si va facendo per la sua relativa facilità ed agli inconvenienti (annessiti — atrofia uterina) che possono derivarne quando non sia praticato da mano esperta, il Prof. *Bossi* risalì agli studi sperimentali da lui compiuti prima sulle cagne e poi sull'utero umano (1).

Esposta largamente la tecnica seguìta in rapporto a quella in uso per la donna, fece constatare, con proiezioni molto dimostrative, come l'epitelio di rivestimento della mucosa uterina dopo il raschiamento si riproduca per mitosi delle cellule epiteliali dei bordi della soluzione di continuo e dei cul di sacco ghiandolari ancora rispettati dal tagliente. Il nuovo epitelio, dopo essere passato dalla forma pavimentosa alla poligonale e quindi alla cubica e cilindrica, dà origine ad introflessioni che approfondandosi nella sottomucosa costituiscono nuove ghiandole in tutto simili alle primitive.

Nelle cagne, i primi abbozzi ghiandolari neoformati si scorgono verso i bordi della soluzione di continuo, ed in piccolo numero, dal 15.° al 23.° giorno dopo l'asportazione della mucosa.

Verso il 31.° giorno si osservano vari stadi di sviluppo degli abbozzi e dei tuboli ghiandolari. Più tardi, 40, 53, 71 giorni dopo raschiata completamente la mucosa, il numero dei tuboli ghiandolari è abbastanza numeroso ma anche tre mesi dopo è ancora alquanto inferiore al normale e la mucosa, ancora costituita da un tessuto connettivo più giovane e ricco di cellule della normale, offre uno spessore alquanto inferiore a questa, per cui, in corrispondenza della soluzione di continuo, si ha una leggera depressione. In una cagna poi in cui l'osservatore distrusse la mucosa coll'applicazione della pasta del Canquoin, sacrificato l'animale quattro mesi e dieci giorni dopo, riscontrò istologicamente la mucosa sviluppata affatto incompletamente essendo il suo spessore assai lieve, i tuboli ghiandolari poco numerosi ed appena abbozzati.

Questo per gli animali. Viceversa in tre donne in cui fu necessaria l'isterectomia dopo 15, 25 e 27 giorni dal raschiamento, l'osservatore riscontrò la mucosa uterina istologicamente completamente riprodotta e, in

(1) Dott. Bossi — *Sulla riproduzione della mucosa dell'utero* — Studio sperimentale — Tip. Sordo-muti, 1891, Genova — Rif. med. — Nouv. Archives de Obst. et Gyn. — Arch. It. de Biologie.

sette casi, osservò clinicamente, nei limiti di un *minimum* di 25 ad un *maximum* di 29 giorni dopo il raschiamento, la possibilità di una fecondazione seguìta da gravidanza con parto a termine e fisiologico.

Il Prof. *Bossi* spiegò come questa notevole differenza risultata dai suoi esperimenti sulle cagne e le sue osservazioni sulla donna, debba riferirsi alla distruzione della mucosa fatta su quelle in modo più ampio e più completo, usando la via diretta (laparotomia, apertura lineare dell'utero e raschiamento diretto col bistorì) dovendosi ritenere che nel raschiamento che si fa abitualmente nella donna a scopo curativo, la distruzione nella mucosa è molto imperfetta quantunque tale imperfezione non ne comprometta l'esito pur bastando a spiegare le non infrequenti recidive delle varie forme di endometriti, dopo tale intervento. Dalle osservazioni su esposte dedusse poi le seguenti conclusioni di grande importanza pratica:

1.° La distruzione della mucosa uterina ottenuta con alcuni caustici (ad es. la pasta del Canquoin) proposti un tempo per la cura delle endometriti croniche, è disastrosa impedendo una fisiologica riproduzione della mucosa, causando anche talvolta una conseguente atrofia uterina.

2.° Il raschiamento alla Récamier è l'intervento più indicato come quello che provvede sufficientemente alla eliminazione della mucosa ammalata senza distruggerla così profondamente da comprometterne la riproduzione.

3.° La riproduzione istologica completa della mucosa uterina nella donna, dopo il raschiamento, avviene entro un *minimum* di 25-29 giorni così da potere permettere al di là di questo termine lo stabilirsi di una gravidanza normale come dimostrano le osservazioni cliniche.

4.° La riproduzione istologica completa della mucosa uterina dopo il raschiamento viene ritardata dagli agenti infettivi come anche dal sangue che, ristagnando in cavità, si decomponga in seguito anche asetticamente.

5.° Il raschiamento quindi, se deve essere sufficiente ad evitare una recidiva, non deve essere tanto spinto da produrre la atrofia della mucosa e, conseguentemente, dell'utero. Sarà di regola l'asepsi più rigorosa. Si dovrà rimuovere il sangue ed i frustoli di tessuto, dopo il raschiamento, con una abbondante lavatura endouterina antisettica seguita da una leggiera causticazione della superficie cruentata per impedire un successivo gemizio di sangue.

Si provvederà al drenaggio della cavità per evitare il ristagno che potesse prodursi malgrado le precauzioni prese.

La conferenza, interessantissima sia dal lato scientifico che pratico, fu splendidamente illustrata da magnifiche proiezioni di figure e di stampe ottenute collo stereoproiettore recentemente fornito alla Clinica dalla Filotecnica Salmoiraghi di Milano sulle indicazioni del Dott. *Filippini* che ne sorvegliava personalmente il buon funzionamento.

Onde sperimentare l'apparecchio con mezzi varii il Prof. *Bossi* presentò poi proiettate le fotografie di *sette donne operate di taglio cesareo* coi relativi figli accanto (operate alcune per rachitismo, altre per osteomalacia) e che si erano potute riunire e fotografare in gruppo. Anche la projezione di tali fotografie riuscì assai chiara dimostrando ai presenti i varii tipi

materni ed i relativi varii tipi di figli tutti bene sviluppati e per nulla portanti le traccie (per quanto a varie età) delle lesioni materne.

Di poi portò nell'apparecchio un pezzo anatomico costituito da *fibromiomi multipli a sviluppo sottomucoso ed intramurale* che, malgrado la passata menopausa, avevano richiesta la laparoisteremiomectomia in paziente di 55 anni per le persistenti gravi metrorragie.

Le proiezioni delle varie parti del pezzo anatomico fecero apparire evidenti i grossi vasi e la disposizione del tumore che giustificò la necessità di tale intervento, col quale fu inaugurata operativamente la nuova aula e che fu seguìto da felicissimo esito.

A parte questa coincidenza, diremo, di interesse storico per l'Istituto, tale proiezione provò come col detto apparecchio assai utilmente, a scopo didattico, si possono riprodurre molto ingranditi e con tutti i particolari, oltre che le figure istologiche, anche le fotografie ed i pezzi anatomici, costituendo così un ottimo e valido aiuto in tutti i casi in cui la visione diretta della figura o dell' oggetto sia chiamata a dare maggior rilievo dimostrativo alla parola dell'espositore.

SOLDI.

MATTEO OPPECINI, *Gerente responsabile.*
STAB. TIP. G. B. MARSANO, *Corso Buenos Ayres, 21 - Genova.*

ANNO I. AGOSTO 1908. FASC. 8

LA GINECOLOGIA MODERNA
Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia
E DI
PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

PARTE I.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

ISTERECTOMIA VAGINALE

per tubercolosi caseosa utero-annessiale e papillomatosa del collo

per il Dott. A. ZANFROGNINI, *libero docente*

Credo interessante la pubblicazione di questo caso di tubercolosi utero-ovarica per la concomitante lesione del collo a tipo papillomatoso, che simulava il carcinoma della portio. Questa lesione del collo, primitiva o secondaria, ha già una bibliografia discretamente abbondante come può rilevarsi a colpo d'occhio dal lavoro di Pollosson e Violet, e dalla recente comunicazione di Deletrez; la pubblicazione però di nuovi casi, richiamando sempre meglio su di essa l'attenzione dei ginecologi, otterrà lo scopo di facilitare d'assai una precisa e rapida diagnosi differenziale clinica col carcinoma.

Secondariamente poi l'interesse del caso sta nella cronicità della lesione tubercolare, la quale rimase per molti anni latente senza dare nessun'altra manifestazione generale all'infuori di una sindrome nevrastenica, quale non di rado si osserva, come espressione di lesioni tubercolari croniche di altri organi.

T. Giuseppina; 37 anni; custode. — Ha il padre vivente e sano: la madre morì a 62 anni per tumore addominale: due fratelli morirono nell'infanzia: un fratello e una sorella morirono a 18 anni per tubercolosi polmonare; un altro fratello e due sorelle vivono in condizioni di buona salute.

La donna ebbe un'infanzia e una fanciullezza florida. A 14 anni soffrì per qualche mese di manifestazioni cloroanemiche, le quali precedettero immediatamente la comparsa delle mestruazioni: queste ebbero un inizio irregolare nei primi mesi e furono accompagnate da dolori addominali. Successivamente il periodo mestruale divenne regolare per intercorrenza, della durata di 4-5 giorni, non doloroso: il sangue normale per aspetto e quantità.

A 17 anni si sposò con un uomo sano e senza precedenti ereditarî: il matrimonio rimase sempre sterile.

A 19 anni, nella stagione primaverile, si manifestò bruscamente una soppressione delle mestruazioni. In capo a qualche settimana comparvero dolori addominali vaghi accompagnati da leggero aumento di volume del ventre; e dopo pochi giorni la donna ebbe deliqui, fu tormentata da ronzio agli orecchi, i dolori addominali si aggravarono, il ventre aumentò rapidamente di volume e si manifestarono vomiti ostinati che durarono tre settimane: però la paziente non tenne mai il letto, e il medico non le riscontrò mai temperatura febbrile. In questo periodo incominciarono perdite leucorroiche dense, di colorito bianco-giallastro.

In capo a due mesi questi fenomeni scomparvero, ad eccezione delle perdite leucorroiche, le quali continuarono poi sempre fino ad oggi, a volte più a volte meno abbondanti, e sempre assai fetide. Le mestruazioni non ricomparvero più. Ebbe raramente, specie negli ultimi tempi, lievissime perdite di sangue dopo i rapporti col marito.

Per un periodo di 17 anni la donna stette in buone condizioni generali; ma improvvisamente, nel giugno 1907 fu colta da nuovi disturbi: annebbiamenti della vista, cefalee, bolo esofageo, dolori vaghi addominali, anoressia, senso generale di spossamento, dimagramento progressivo, incapacità assoluta al lavoro. Fu per molti mesi curata come una neurastenica, ma senza vantaggio finchè, preoccupata per la leucorrea che continuava più del solito abbondante e fetida, pensò di rivolgersi al ginecologo.

Dall'esame generale della paziente io non rilevai alcun fatto che meriti speciale menzione. La donna è di statura media, di costituzione scheletrica regolare: muscolatura bene sviluppata, adipe scarso, pelle di colorito pallido-terreo, mucose pallide. Normale l'apparato cardiovascolare e respiratorio: fegato e milza nei limiti fisiologici: a carico dell'apparato digerente notasi dispepsia e stitichezza ostinata. Normale la funzione uropoietica.

Esame ginecologico. — Genitali esterni regolarmente sviluppati, da nullipara. Vagina ristretta e rugosa umettata da un muco denso, fetido. L'utero è voluminoso, in antiverso-flessione: la sua mobilità è relativa per aderenze che lo fissano alla vescica e al retto: il collo è tumido, con l'orificio esterno ampiamente beante e sparso di granulazioni di consistenza molliccia. Gli annessi non si palpano distintamente e sembrano far corpo con essudati che li fissano all'utero. L'esplorazione non è dolorosa, e provoca una lieve emorragia.

All'esame con lo speculum si osserva che il collo presenta un aspetto crateriforme: il canal cervicale è completamente zaffato da un grosso blocco di muco denso, vischioso, vitreo, che si rimuove a stento: appare sotto di esso una superficie rosseggiante, granulosa, facilmente sanguinante, nettamente delimitata dalla mucosa normale del muso di tinca, che le forma un bordo finamente dentellato e sottoscavato: in corrispondenza della superficie interna del labbro posteriore si osserva una produzione polipoide del volume di una piccola nocciuola, a superficie granuleggiante e sanguinante.

La sonda non penetra oltre l'orificio interno, e misura quindi la sola lunghezza del canal cervicale in cm. 4,5.

L'esame istologico decise della natura tubercolare della lesione; e ne riferirò più avanti il reperto insieme con la descrizione anatomo-patologica del pezzo.

Stabilii d'intervenire con una istero-annessiectomia vaginale e praticai l'intervento in Casa di cura il 7 gennaio 1908.

Durante l'operazione incontrai notevoli difficoltà a scollare l'utero dalla vescica e dal retto stante l'esistenza di aderenze fibrose tenacissime che fissavano i foglietti della sierosa peritoneale: tali aderenze, però meno tenaci, estendevansi anche in alto formando una cupola al di sopra del fondo uterino. Dopo asportato l'utero uscì dietro ad esso una certa quantità di pus caseoso a consistenza plastica: esplorando poi col dito la cavità rimasta dopo l'asportazione dell'organo mi assicurai che questa era tutta delimitata da uno strato non molto spesso di tessuto fibroso al di là del quale s'indovinava il peritoneo libero: ricercai attentamente l'ubicazione delle ovaie ma non ne trovai traccia; invece potei asportare un altro blocco di sostanza caseosa, che aderiva in alto e in dietro alle pareti della sacca. Fissati i peduncoli dei legamenti agli angoli della ferita vaginale, ripulii accuratamente la cavità con piccolo compresse di garza, indi praticai un zaffo con garza al iodoformio.

Il decorso postoperativo fu regolarissimo. Assoggettai la paziente ad una cura iodo-iodurata per iniezioni, e localmente rinnovai lo zaffo alla garza iodoformica dapprima giornalmente indi a giorni alterni per la durata di circa tre mesi. Dopo 4 mesi la vasta sacca era completamente chiusa e la cicatrice vaginale normale. I disturbi generali che la paziente accusava andarono scomparendo: essa è ingrassata: ha ripreso colorito e forza ed è ora in floride condizioni di salute.

Esame anatomo patologico. — Il pezzo asportato consta dell'utero e di due piccole porzioni delle tube. L'utero, misura complessivamente 95 mm. di lunghezza, di cui 45 mm. spettano al collo.

Il corpo conserva presso a poco la sua forma normale: la superficie esterna in luogo del rivestimento sieroso presenta briglie e membrane connettivali di aspetto cicatriziale aderenti e robuste: la parete muscolare appare di aspetto normale, tranne che è di consistenza aumentata. La cavità è costituita da un sottile seno fistoloso ripieno di sostanza caseosa: questo comunica in basso per un sottilissimo pertugio col canal cervicale, e in alto, a 8 mm. dal fondo dell'utero, si sdoppia in due rami, corrispondenti ai corni dell'utero, che hanno ciascuno un tragitto di cm. 1,5; in prossimità all'inserzione tubarica di sinistra non si rileva macroscopicamente alcuna traccia di cavità: la tuba stessa sembra impervia, trasformata in un cordoncino sottilissimo formato di tessuto fibroso disposto a lamelle concentriche. A destra invece il corno uterino è pervio, e pervia appare pure la tuba, ridotta del resto come l'altra a un sottile cordoncino.

Il collo, inciso longitudinalmente, ha la forma di un imbuto con l'apice all'orificio interno: senza ripetere quanto s'è rilevato all'esame obbiettivo, aggiungerò che esso si presenta come una superficie ulcerata, disuguale, con molte piccole vegetazioni di consistenza molliccia, non facilmente staccabili, oltre la grossa formazione papillomatosa del labbro posteriore; in alto tali vegetazioni hanno una forma più nettamente papillare e sono

molto più numerose. Non vi si osservano punti in degenerazione caseosa. La mucosa normale del muso di tinca sopravanza i bordi dell'ulcerazione e presenta un contorno finemente dentellato, somigliante perfettamente a un tessuto rosicchiato dai topi,

Esame microscopico. — Utero - La mucosa è quasi completamente distrutta dall'esteso focolaio caseoso sopra descritto, che invade tutta la cavita dell'utero modellandosi in certo modo sulla sua forma. Numerosissimi noduli tubercolari, fittamente stipati, si osservano a tutte le altezze delle sezioni del corpo circondare come un anello la massa amorfa caseosa centrale: di questi noduli la maggior parte hanno la struttura tipica del tubercolo istologico con la caratteristica cellula gigante centrale; non pochi però sono costituiti prevalentemente da un cospicuo accumulo di elementi epitelioidi. Lo strato muscolare non è invaso profondamente dal processo, anzi nei tubercoli che hanno contatto con esso si osserva piuttosto l'organizzazione fibrosa che la degenerazione caseosa. In un solo punto, corrispondente al corno destro la massa dei tubercoli si addentra nella parete dell'utero. I vasi della muscolare presentano qua e là leggera infiltrazione linfoide.

Della mucosa uterina rimangono rare forme ghiandolari, con cellule cilindriche voluminose a protoplasma vacuolizzato e nucleo vescicoloso, immerse nel tessuto di granulazione. Solo in corrispondenza della porzione interstiziale della tuba di destra la mucosa si presenta sufficientemente conservata, ma invasa da una fitta infiltrazione linfoide. Nel tratto più distale della tuba però la mucosa presenta scarse pieghettature e l'epitelio è basso. Alla superficie esterna dell'utero non si osservano tubercoli, e le briglie sopra ricordate appaiono costituite da tessuto cicatriziale. La tuba di sinistra è impervia, costituita da lamelle connetivali a disposizione concentrica.

Il collo si presenta per la maggior parte sprovvisto di epitelio e l'ulcerazione è fittamente infiltrata di cellule linfoidi: tale infiltrazione è però affatto superficiale. I rialzi papillari, di cui dicevo, appaiono costituiti da isolotti di tessuto ghiandolare invasi da tubercoli istologici di struttura tipica: l'epitelio ha in parte la sua forma cilindrica normale, ma in buona parte gli elementi appariscono deformati, bassi, vacuolizzati, e in qualche punto essi appaiono disposti a due e tre strati. Le papille sono molto riccamente vascolarizzate, ed i vasi ectasici. Analoga è la struttura del polipetto del labbro posteriore, tranne che il processo tubercolare vi è meno diffuso e i tubercoli si osservano quasi solo alla sua base. Non mi è stato possibile rilevare le modificazioni dell'epitelio descritte ultimamente da Cova nella tubercolosi papillomatosa del collo. Di epitelio di rivestimento non se ne osserva quasi più traccia: il polipetto è ulcerato in tutta la sua superficie e presenta una fitta infiltrazione parvicellulare.

Ai bordi dell'ulcerazione l'epitelio di rivestimento del muso di tinca si presenta accartocciato ed è normale per struttura. Il tessuto fondamentale del collo appare costituito da connettivo sclerotizzato con tendenza alla disposizione a fascetti concentrici: non vi si osservano fibre muscolari: i vasi, scarsi, hanno una spessa parete connettivale.

La diagnosi resta dunque così completata: — *Tubercolosi caseosa cronica degli annessi e pelviperitonite cronica. Endometrite caseosa. Tubercolosi cronica del collo a forma mista, ulcerosa e papillomatosa.*

Il caso che descrivo è dunque caratterizzato dalla cronicità della lesione tubercolare. Infatti le prime manifestazioni del processo risalgono a 18 anni addietro; i sintomi allora accusati, insieme coi rilievi dell' esame anatomo-patologico, ci permettono di ricostruire con sufficiente attendibilità lo svolgimento del processo.

La sospensione delle mestruazioni, che comparve innanzi ogni altro sintomo, indica indubbiamente una primitiva localizzazione tubo ovarica della tubercolosi. Quest'amenorrea improvvisa che ha colpito la donna in pieno benessere non può essere messa in rapporto con quelle alterazioni dello stato generale che secondo v. Franqué sono la causa più frequente delle sospensioni dei mestrui nella tubercolosi genitale: nemmeno poi può esser considerata come l'espressione di una ipoplasia dell'utero, che non doveva sussistere allora se non sussisteva al momento dell'intervento. E quantunque si siano osservati casi di amenorrea nella semplice localizzazione cervicale della tubercolosi (Ferrari-Deletrez), pure è da osservare che in questi casi, che già son rari, l'amenorrea fu preceduta da mestruazioni irregolari e da dismenorrea, sintomi pressochè costanti della tubercolosi cervicale: mestruazioni irregolari e dismenorrea, e non amenorrea, si osservano nei casi di Brouha, di Brook, di Michaëlis, di Beyez, di Frank, di Mathews, di Meyer che sono casi tipici di tubercolosi limitata al collo. Nella nostra paziente invece l'amenorrea fu preceduta da 4 anni di mestruazioni regolari per tutti i loro caratteri e la sua comparsa può facilmente mettersi in rapporto con le lesioni tubariche e, più specialmente, ovariche. Infatti nemmeno la salpingite tubercolare è causa molto frequente di amenorrea quando lo stato generale non sia alterato: invece l'amenorrea non manca mai quando il processo colpisce le ovaia (Pollosson et Violet, Senni). E' indubitato del resto che le ovaia furon colpite dal processo e distrutte, poichè al momento dell'intervento di esse non si trovò traccia. Che poi la lesione ovarica fosse secondaria a lesione delle tube è cosa probabile se si pensa che nel 90 % dei casi la localizzazione primitiva della tubercolosi genitale della donna è nella tuba (Heiberg, Meyer, Targett, Merletti, Pearse).

I sintomi peritonitici, che seguirono a poche settimane l'amenorrea, accusano la diffusione del processo al peritoneo pelvico, dove probabilmente esso rimase circoscritto determinando aderenze viscerali che ostacolarono la sua propagazione a tutta la sierosa: ciò è facile arguire data la poca gravezza dei sintomi, l'assenza di febbre, il rapido risolversi delle manifestazioni sia locali che generali. Nello stesso periodo di tempo (che fu l'unico in cui il processso ebbe un decorso subacuto, mentre poi mantenne sempre un andamento cronico) l'infezione tubercolare si estese in basso seguendo la via della mucosa.

Si manifestò forse allora l'endometrite specifica?

Certo in quel periodo si stabilì la lesione cervicale. Sarebbe assurda l'ipotesi che questa potesse esser primitiva oltre che per le

ragioni dette sopra anche perchè le manifestazioni pelvi-peritonitiche riferibili al processo tubercolare non furon precedute dai sintomi che costantemente si osservano nei casi descritti di tubercolosi cervicale, e cioè mestruazioni irregolari e dismenorrea, e leucorrea purulenta. Quest'ultima però comparve subito dopo le manifestazioni peritonitiche con una intensità tale da lasciar supporre che la mucosa cervicale fosse allora largamente invasa dal processo.

Le perdite leggere di sangue dopo i rapporti sessuali non fermarono mai l'attenzione della paziente: essa dice di averle qualche volta notate, a lunghi intervalli, ma non sa precisare quando si siano iniziate.

Anche dall'esame anatomico ed istologico non potremmo ricavare alcun dato in favore di uno sviluppo primario o secondario della lesione cervicale di fronte alla lesione degli annessi. L'affermazione di Deletrez che nella tubercolosi cervicale primitiva si osserva la forma papillomatosa, e nella secondaria si ha piuttosto l'infiltrazione diffusa, non può essere presa in considerazione, perchè le forme papillomatose secondarie già descritte non sono rare. Ragionevolmente osserva Montanelli che sotto l'impressione dello sviluppo considerevole delle vegetazioni del collo confrontate coll'esiguità delle lesioni più alte, specie se l'esame istologico fu un po' superficiale, è facile giungere a conclusioni erronee nello stabilire i rapporti reciproci fra le due lesioni.

Dall' esame istologico emerge solo chiaramente che la lesione cervicale è di data molto antica: lo denota la trasformazione profonda subita dal tessuto fondamentale del collo, ridotto ad un ammasso di connettivo fibroso con quella speciale tendenza cui accennavo, e cioè del disporsi frequente delle lamelle in istrati concentrici, la quale lascia adito al pensiero della preesistenza di noduli tubercolari, aventi subita la trasformazione fibrosa. Io non intendo discutere la possibilità di questa ipotesi; ma solo voglio rilevare la scomparsa completa dell'elemento muscolare come quella che ci indicherebbe essere trascorso un lungo periodo di tempo fra il primo svolgersi della lesione cervicale e l'iniziarsi di quella del corpo. Nel corpo infatti troviamo tubercoli in degenerazione caseosa ed altri in via di trasformazione fibrosa, ma il tessuto muscolare non presenta alterazioni degne di nota. Dal che si conclude che la mucosa del corpo fu per un certo tempo risparmiata dal processo o vi prese una parte minima quando già gli annessi e il collo erano profondamente colpiti, e solo in un tempo più recente essa divenne la sede di lesioni specifiche.

Questa ipotesi, suffragata dal solo esame istologico, ha poi in appoggio le non infrequenti osservazioni di tubercolosi degli annessi e secondarie del collo dove la mucosa del corpo non è interessata dal processo.

Per quanto riguarda la diagnosi clinica di natura del processo, nel nostro caso sussistevano molti dati che la convalidavano anche senza l'esame microscopico; però la insufficente esperienza alla dia-

gnosi clinica di tali forme rare mi pare debba consigliare sempre la ricerca istologica innanzi di formulare un criterio diagnostico assoluto.

Eredità famigliare, amenorrea, sterilità, leucorrea purulenta e fetida, lievi perdite di sangue nel coito, assenza di dolori spontanei ben localizzati, esplorazione indolente, sono i dati che più di frequente si riscontrano nella tubercolosi cervicale e che tutti gli autori ricordano (Merletti, Ferrari, V. Franqué, Procopio, Pollosson Violet, ecc.) e sono ancora i dati che abbiamo rilevato nell'esame della nostra paziente. Però i sintomi, dirò così, di certezza che dovrebbero rilevarsi all'esame locale non sono sempre caratteristici: il mio caso insegna che l'aspetto dell'ulcera tubercolare non varia soltanto in rapporto con le due forme principali onde il collo può esser colpito dal processo (forma interstiziale e forma papillomatosa, secondo Procopio) ma anche in rapporto con la durata del processo. Così ho già rilevato come la vegetazione polipoide del labbro posteriore aveva consistenza molliccia, ma non la consistenza elastica descritta dagli Autori come caratteristica dei papillomi tubercolari e ciò forse per la infiltrazione parvicellulare molto spiccata che si osserva in superficie.

Un segno prezioso ritengo con Ferrari essere l'esistenza dello zaffo mucoso, con la speciale vischiosità che lo distingue e che non si riscontra nell' ulcera carcinomatosa: esso fu veramente che mi diede il primo e più sicuro indizio sulla natura della lesione.

Mi permetterò di aggiungere infine poche osservazioni sul trattamento delle lesioni tubercolari dell' utero, data la disparità d'opinioni che a questo riguardo si rileva per le forme localizzate al collo e all'endometrio.

Nel nostro caso l'intervento fu demolitore; nè si doveva decidere diversamente data la certezza di una preesistente annessite ed endometrite specifica; si aggiunga che il grosso volume dell'utero per quanto esso fosse impervio alla sonda non incoraggiava affatto a considerare l'antico e primario processo come ormai spento.

Il risultato ottenuto conferma poi per i casi di tubercolosi genitale diffusa la superiorità della via vaginale sulla laparotomia. Targett osserva che l' ablazione degli annessi tubercolosi per via addominale è spesso assai difficile e consiglia di associare la colpotomia alla laparotomia; ma se il largo drenaggio che si stabilisce per la vagina è proprio una delle condizioni più essenziali alla risoluzione del processo si comprende che l'intervento di scelta deve appunto essere, salvo speciali controindicazioni, quello che si può compiere per intero per via vaginale. Nel caso nostro può dirsi veramente che fu fatta una isterectomia vaginale extraperitoneale con nessun altro rischio per la donna all'infuori di quello che essa poteva correre per eventuali lesioni degli organi di vicinanza; lesioni però che per la via addominale non sarebbero state più facilmente evitate, data la natura e la disposizione delle aderenze.

Se però l' isterectomia totale è indicata ogni qualvolta le le-

sioni tubercolari del collo si accompagnano con lesioni diagnosticabili della stessa natura dell'utero e degli annessi, vien fatto di domandare se essa debba considerarsi l'intervento di scelta anche per le tubercolosi del collo, complicate o no da endometrite tubercolare, ma senza lesioni apprezzabili degli annessi. Invero se noi passiamo in rassegna i casi di questo genere che figurano nella letteratura degli ultimi anni troviamo che gli interventi furono ispirati a concetti ben diversi tra loro.

Gli intervenzionisti ad oltranza figurano molto numerosi e influenzano con l' opera loro i criterî dei trattatisti. Così Rosthorn consiglia di intervenire in ogni caso di tubercolosi genitale localizzata con demolizioni estese, come si trattasse di un carcinoma: ciò per il pericolo di una diffusione miliare acuta, secondo l'opinione primitiva di Hegar. In verità se il pericolo di una tubercolosi miliare può sussistere nei casi di salpingite tubercolare, perchè qualche volta un simile caso si è infatti verificato (Litten), non è invece dimostrato ancora che una tale diffusione del processo possa verificarsi per le tubercolosi del collo e dell'endometrio. Nelle stesse forme tubariche del resto l'intervento demolitore è giustificato sovratutto dal pericolo immanente di una peritonite generalizzata specifica, più che da quello di una forma miliare. Anche Montanelli, rispecchiando l'indirizzo della Clinica di Firenze, dice che la demolizione dell'intero apparato genitale s'impone nella tubercolosi cervicale come nelle neoplasie maligne. E' sempre lo stesso concetto che Pichevin, Faure, Pozzi svolgevano al Congresso internazionale di Roma (1902). E Deletrez recentemente parve riassumere l'ipotesi dominante consigliando nella tubercolosi genitale l'isterectomia vaginale o addominale secondo le condizioni degli annessi. Infatti praticarono l' isterectomia o l' isteroovariectomia v. Franquè, Vitrac, Hofbauer, Mathews, Glockner, Michaelis, Croft, Brouha, Brook, Pean, Knauer, Popof, Ioung... nei loro casi di tubercolosi del collo, associata o no a endometrite della stessa natura.

Però Ferrari, nei quattro casi di tubercolosi del collo pubblicati, riferisce due sole isterectomie; gli altri due casi invece furon trattati con l'amputazione del collo, e col raschiamento della cavità con esito altrettanto felice che i primi. Pestalozza, che aveva già praticata un'isterectomia per tubercolosi papillomatosa del collo si dichiara ora partigiano di un intervento più conservativo, la cervicectomia.

Mangiagalli (caso Fossati) pratica egli pure l'amputazione del collo. Frank, Giglio pubblicano due casi trattati coll'amputazione del collo, Walther un altro trattato con l'amputazione del collo e il raschiamento. Beyea in un caso di annessite bilaterale, endometrite e cervicite papillare d'origine tubercolare potè salvare l'utero, per volontà espressa della paziente, col praticare un'annessiectomia bilaterale, l' amputazione del collo e il raschiamento della cavità: esito in guarigione. Murphy è partigiano di interventi conservatori: raschiamento e amputazione del collo. Cosentino ha pubblicato ul-

timamente un caso di tubercolosi primaria del collo curata con l'amputazione sopravaginale nella Clinica Chirurgica di Roma.

Non mancano poi casi nei quali l'intervento fu ancora più conservatore, pur sortendo un esito ottimo: tale il caso di Tedenat di tubercolosi cervicale trattata con le cauterizzazioni, quello di Handfield Iones trattato col raschiamento e con cauterizzazioni, uno dei casi di Pollosson e Violet guarito col raschiamento, ecc.

E veramente importante da rilevare è il fatto della possibile guarigione dell' endometrite tubercolare, purchè non associata ad annessite della stessa natura, trattata col semplice raschiamento. I casi noti nella letteratura non sono più rari: cito quelli di Vassmer, di Kelly, di Sippel, di Fernwald..., di Hegar, il quale ultimo per i buoni risultati otteuuti non si professava più il demolitore convinto di un tempo.

Gli interventi per tubercolosi genitale, dice Thomson, debbono essere sobrî e ispirati a concetti conservatori, non interessando che gli organi colpiti. Questo giudizio dà l'impressione di un assioma che enunci una verità incontestabile; però mi sembra possa essere discusso, in quanto esso tende già a consigliare metodicamente la demolizione dell' organo colpito, fatto questo che potrebbe essere ritenuto in certo modo eccessivo, poichè elimina subito ogni possibilità di una cura efficace conservativa della parte colpita. Per porre la questione nei suoi termini pratici dobbiamo chiederci se sia da ritener sempre giustificata l'amputazione del collo per tubercolosi cervicale e l'isterectomia per una endometrite tubercolare.

Ora io penso che nel più dei casi non lo sia. E questo concetto si fonda essenzialmente sulla tendenza che hanno generalmente le lesioni tubercolari del collo e quelle della cavità a rimanere circoscritte alla mucosa. Nel mio caso, cronico di 18 anni, la muscolare del corpo non era quasi tocca dal processo, e la lesione in atto del collo pur avendo determinato una notevole distruzione di tessuto era però superficiale senza che l'infiltrazione tubercolare avesse tendenza ad estendersi agli strati profondi. Questo stesso fatto si osserva costantemente nelle forme primitive del collo e del corpo descritte dagli altri Autori, e quasi regolarmente nelle stesse forme secondarie ad annessiti. Perciò queste forme sono, fra le tubercolosi chirurgiche, quelle che si trovano nelle più opportune condizioni per una cura strettamente conservatrice, essendo esse accessibili al cucchiaio, al caustico, a un trattamento terapeutico, e potendo essere largamente e durevolmente assoggettate al drenaggio.

Un altro fatto merita d'esser preso in considerazione, ed è la tendenza alla guarigione, che si osserva quasi sempre in tali localizzazioni circoscritte del processo tubercolare. Al caso di Beyea sopra ricordato si aggiunge l'osservazione di v. Franquè, basata sopra undici casi, che nella tubercolosi uterina secondaria a tubercolosi delle tube avviene di regola la guarigione dell'endometrite specifica dopo l'annessiectomia.

In base all'esame di questi fatti mi sembra ne venga un incoraggiamento a limitare l'opera nostra nelle endometriti e cerviciti tubercolari al più semplice degli interventi, cioè al raschiamento dell'endometrio e della mucosa cervicale, accompagnato o no da cauterizzazioni e da applicazioni topiche di preparati antitubercolari, ma sempre coadiuvato da un largo ed efficace drenaggio. Riconosciamo *a priori* che in questo modo avremo delle recidive, ma queste recidive avranno l'importanza di un prezioso valore diagnostico, in quanto saranno l'indice di un processo molto esteso in profondità, o di concomitanti lesioni tubercolari delle tube che non poterono prima esser diagnosticate (caso Driessen). Kynoch afferma che l'isterectomia dà migliori risultati che il raschiamento, e non è difficile restarne persuasi, ma sarebbe erroneo concluderne che l'isterectomia debba essere perciò il trattamento preferito. La sola possibilità che il raschiamento determini la guarigione del processo in una parte dei casi giustifica completamente la preferenza che gli daremo, tanto più che esso non pregiudica affatto l'intervento radicale di fronte a un insuccesso.

E infine io penso non sia esente da appunto l'intervento che va ora affermandosi per la tubercolosi cervicale, cioè l'amputazione totale del collo. Forse perchè parve eccessivo passare subito dalla demolizione radicale a una conservazione completa, spetta all'amputazione alta del collo di segnare la prima tappa di questo passaggio? Comunque sia io ritengo che anche l'amputazione del collo potrebbe spesso essere evitata: perchè la lesione tubercolare della cervice si mantiene superficiale e permette così un trattamento diretto sufficientemente distruttivo del processo, quale più sopra abbiamo ricordato.

Riassumendo quindi i concetti che son venuto esponendo intorno al trattamento della tubercolosi dell'utero, io penso che di fronte a una semplice lesione tubercolare del collo o dell'endometrio, il nostro intervento deve subito essere essenzialmente conservatore cioè deve limitarsi alla sola distruzione della parte malata (raschiamento, cauterizzazione) seguita da un trattamento che diminuisca il pericolo di un nuovo innesto dell'infezione (drenaggio). E ciò non solo perchè con questi semplici mezzi potremo ottenere la guarigione in molti casi, ma anche perchè così potremo utilmente completare il nostro criterio diagnostico relativamente all'estensione e alla gravità del processo, e avremo elementi per prendere una decisione corretta riguardo a un intervento più radicale. Io credo poi utilissimo che il trattamento generale debba andare associato all'intervento chirurgico, qualunque questo possa essere.

Questo indirizzo del minimo intervento nel trattamento della tubercolosi dell'utero avrà poi — io penso — un altro vantaggio incontestabile, quello cioè di condannare a priori molte isterectomie che si volessero giustificare con una simile etichetta: poichè come ieri si diagnosticavano per carcinomi le tubercolosi della *portio*, così potrebbe accadere che per l'avvenire si manifestasse una tendenza

un po' eccessiva a dichiarare tubercolari forme infiammatorie d'altra natura, specie per opera di chi, non sufficientemente esperto di diagnosi cliniche così delicate, ritenga inutile o superfluo il preziosissimo controllo dell'esame microscopico. Nè è a temersi che questa prudenza possa arrecare pregiudizio alcuno alla paziente nelle forme veramente tubercolari perchè l'esperienza di altri casi sta a dimostrare precisamente il contrario: il concetto onde si vuol paragonare un focolaio di tubercolosi localizzato a un nodo carcinomatoso è tutt'affatto artificioso e non ha alcuna base clinica; esso non ha altra base se non la grossolana somiglianza anatomica che spesso sussiste fra le due forme.

BIBLIOGRAFIA

Pollosson et Violet — *Révue de Gyn. et de Chir., abd.* — 1906.
Deletrez — *Com. Reale Acc. d. Belgio. La Gynécologie.*, 1908.
Cova — *La Ginecologia.*, 15 Apiile 1907.
V. Franquè — In: *Die Königl. Universität Frauenkl. in Wurzburg.*, Stuttgart 1905 *e Prag. Med. Woch.* 1907.
Ferrari — *Annali Ost. e Ginéc..* 1903.
Brouha — *Révue de Gyn. et de Chir. abd.* — 1902.
Brook — *Révue de Gyn. et de Chir. abd.* -- 1903.
Beyea — *Annales de Gynec.*, 1900.
Frank — *Monathschr. f. Geb. und Gyn.* 1899.
Senni — *Gazzetta Osp. e Cliniche.*, 1904.
Heiberg — *Centr. f. Gyn.*, 1902.
Meyer — *Arch. f. Gyn.*, 1894. Bd. 45.
Targett — *Brit. med. Journal.*, 1903.
Merletti — *Archivio Ost. e Gin.*, 1901.
Pearse — *Int. of. Surgery. IX*, 1905.
Montanelli — *La Ginecologia.*, 1907.
Procopio — *Archivio Ostetr. e Ginec.*, 1906.
Hofbauer — *Archiv f. Gyn.*, 1908.
Glockner — *Beiträge z. Geb. und Gyn.*, Bd. V.
Michaelis — *Beiträge z. Geb. und Gyn.*, Bd. III.
Croft — *Brit. Med. Jour.*, 1902.
Knauer — *Monathschr. f. Geb. und Gyn.*, Bd. XVII.
Popof — *Rous. Wratch.*, 1906 — *Ref. La Gynecologie.*, 1906.
Joung — *Obstetrical Soc. of. London.*, 1906 — *The Jour of. Obst. and Gyn.*, 1907.
Pestalozza — *La Ginecologia.*, 1904 — Atti XII Congr. Soc. It. di Ginecologia.
Mangiagalli — Vedi: *Fossati.* Atti XII Cong. Soc. It. di Ost. e Ginec.
Frank — *Monatschr. f. Geb. und Gyn.*, 1899.
Walther — *Monatschr. f. Geb. und. Gyn.*, 1897.
Giglio — *Annali Ost. e Ginec.*, 1892.
Murphy — *American Jour. of. Obst.*, 1903.
Tedenat — *Congr. francais de Chir.*, 1905.

HANDFIELD JONES — *Amer. Journ. of Obstetr.*, 1903.
VASSMER — *Arch. f. Gynäk.* Bd. 57.
FERNWALD — *Wiener Kl. Woch.*, 1906.
HEGAR — *Deutch. Med. Woch.*, 1900.
THOMSON — *Monathschr. f. Geb. und Gyn.*, 1905. Bd. XXI. H. 4.
DRIESSEN — *Cent. f. Gynäk.*, 1898.
KYNOCH — *Brit. med. Journal.*, 1903.
ROSTHARN — In: *Manuale di Ginec. Küstner.*
MICHAELIS - MATHEW - MEYER - VITRTC - BROOK — *Rif. in Pollosson et Violet — Rev. de Gyn. et de Chir. abd.* — 1906.
COSENTINO — *Annali R. Istit. Cl. Chirurg.* Roma. Vol. I, 1908.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Genova

DIRETTO DAL PROF. L. M. BOSSI

Mola vescicolare in gravidanza bigemina

e degenerazione vescicolare parziale della placenta

per il Dott. F. R. VARALDO, *libero docente*

Le indagini istologiche e gli studi clinici ed anatomopatologici sulla mola vescicolare, e specialmente su quanto riguarda la sua natura e la sua patogenesi, si sono andati in questi ultimi anni moltiplicando; però se essi hanno fornito grande copia di fatti e di osservazioni importanti, non hanno tuttavia decisamente risolte alcune questioni fondamentali tutt'ora controverse, e che, per il loro interesse pratico e scientifico aspettano da ulteriori indagini, argomenti più saldi e positivi alla loro risoluzione.

Mentre prima era universalmente accettata l' idea del Virchow che la mola vescicolare dipenda du una proliferazione neoplastica nel connettivo mucoso dei villi, così da doversi essa considerare, com' egli l'aveva definita, un *missoma dei villi coriali;* le osservazioni (Ercolani) e le ricerche (Marchand) più moderne fanno invece dipendere la lesione dall'alterazione degli strati epiteliali, sì da suggerire per la mola la denominazione di *epitelioma del villo.*

Secondo Virchow erano i nuclei e le cellule del connettivo mucoso dei villi, che entravano in proliferazione, e portavano ad un accumulo di mucosa in grembo alla sostanza intercellulare dello stroma del villo, cagionandone un ispessimento a gavoccioli e, più tardi, per un processo di fluidificazione, la trasformazione vescicolare. Fu già col lavoro di Ercolani nel 1871 che venne richiamata l'attenzione su delle gemme formantisi dall'epitelio di rivestimento dei villi, come punto di partenza per la formazione delle vescicole molari. Le ricerche metodiche di Marchand, Fraenkel e Franquè hanno potuto poi assodare che primi a verificarsi sono i processi proliferativi dei due strati epiteliari, che, nei primi mesi della gravidanza ricoprono il villo, il sincizio e lo strato cellulare del Langhans; mentre nello stroma la proliferazione è sempre scarsa e secondaria o manca affatto ed invece, molto per tempo, in esse si verificano fenomeni degenerativi. Marchand crede che le alterazioni, che si osservano nella mola, dipendano esclusivamente dal processo di proliferazione dell'epitelio dei villi. Gli strati superficiali dell'epi-

telio viventi si conservano, mentre gli strati più profondi vanno incontro a liquefazione ed imbevono il tessuto dello stroma, che non prolifera, ma che secondariamente finisce per alterazione idropica.

Fraenkel, mentre ammette una scarsa proliferazione dello stroma, ferma l'attenzione sull'attivo e rapido sviluppo dei due strati epiteliali da cui si formano colonne cellulari che si rendono indipendenti dal villo. Franqué non ammette una semplice alterazione idropica del connettivo, e dà grande importanza ad una anomalia di secrezione dello strato del Langhans, la quale fornirebbe la più gran parte della mucina.

Tutt' affatto recentemente Sfameni espose teorie nuove sulla formazione delle vescicole e sulla interpretazione dei processi regressivi molari.

Egli, a differenza degli altri autori, non riconosce nella vescicola molare un villo alterato, ma invece la ritiene una neoproduzione dovuta al solo epitelio di rivestimento, sincizio e strato del Langhans. La parte centrale della vescichetta non è occupata da connettivo, ma da epitelio degenerato e in via di degenerazione, e la parte liquida, al centro, non sarebbe che il prodotto della fluidificazione degli elementi epiteliali Per giungere alla sua affermazione egli parte dal concetto che nella mola lo stroma connettivale, il quale appare sempre un tessuto in fase regressiva o necrosato, non deve ritenersi capace di dare altre neoformazioni; mette in rilievo la rigogliosa attività proliferativa dell'epitelio, ammessa da tutti gli autori, e, basandosi su numerose sue osservazioni microscopiche, fa derivare da essa esclusivamente la neoproduzione di vescicole, dimostrando ancora nei suoi preparati con una buona colorazione del protoplasma, la continuazione diretta fra l' epitelio di rivestimento della vescicola e gli strati sottoposti. Per Sfameni l'elemento esenziale della mola sarebbe il sincizio, che egli ritiene di origine materna. Gli elementi del Langhans, bene osservabili specie nella parte centrale della vescicola fra il tessuto ritenuto dagli altri autori mixomatoso, vanno incontro a processo regressivo.

Per quanto però sia ancora oggi, come appare dall' ipotesi dello Sfameni, messa in discussione la vera entità anatomopatologica della mola idatigena, pure le ricerche microscopiche si spinsero a studiarne e ad interpretarne le più intime particolarità strutturali, non solo dal punto di vista istopatologico, ma ancora per rilevare dati capaci di illuminarci sulla eziologia e sulla prognosi della lesione. Così venne fatto oggetto di osservazioni il modo di comportarsi dei vasi sanguigni nella mola (Marchand, Clivio, Schmorl, ecc.) e su reperti in cui si trovarono parziali o totali alterazioni dei vasi fetali Malowski, Koster, Rumler, Segall, Gottschalk, Kehrer, ed altri avanzarono l'ipotesi che la formazione della mola sia in dipendenza di disturbi circolatori nel villo. Alterazioni riscontrate all'esame istologico della decidua fecero pensare a Virchow, Polano, Runge, Veit, Giglio, ecc., che l'endometrite possa essere la causa prima della degenerazione molare dell'uovo.

Qualche autore volle dall'esame microscopico della mola ricavare dati prognostici, ed ultimamente il Pestalozza, richiamando l'attenzione degli studiosi su tale argomento, esprimeva la speranza e l'augurio che presto si possa giungere alla distinzione microscopica delle mole benigne dalla mola a carattere maligno.

Ma per ora, forse più che dalle indagini microscopiche, molto noi dobbiamo ancora attenderci dalla attenta osservazione clinica, la quale ci offre i dati più importanti per un giusto indirizzo allo studio dell'entità anatomopatologica della mola e della sua patogenesi.

Ha quindi ancora la massima importanza fermare la nostra attenzione sulle varie particolarità cliniche, sulle malattie e lesioni che più facilmente si trovano associate alla mola idatigena, come hanno speciale valore l'osservazione e lo studio dei casi di mola parziale e di mole associate a gravidanze normali.

Riferisco due casi, che appunto per le particolarità di storia clinica e per il modo di presentarsi della lesione, ho creduto utile farne argomento di studio.

I. Caso, — M. B. P. d'anni 32, pluripara. — Mestruata la prima volta a 15 anni, ebbe le mestruazioni successive regolari per tutti i loro caratteri. Nulla offre di notevole nel gentilizio e nell'ananmesi personale remota. Maritatasi a 22 anni, ebbe tre gravidanze a decorso regolare con parti a termine, feti vivi, allattò. Il marito in buone condizioni di salute, afferma di non avere mai contratto male venereo. Nello scorso anno ebbe un aborto in terzo mese, del quale io stesso la assistii operandola di raschiamento per residui ovulari in cavità. Ebbe poi le sue mestruazioni regolari e fu sempre in ottima salute. Dopo circa otto mesi ritornò al mio ambulatorio nel dubbio di essere incinta; era in ritardo mestruale di circa 30 giorni, accusava disturbi simpatici accentuati, vomito ostinato, malessere generale e grave deperimento nel suo stato di nutrizione; da qualche giorno inoltre lamentava piccole perdite di sangue. La paziente, che nelle pregresse gravidanze non aveva mai dovuto lamentare sofferenze speciali, attribuiva gli attuali disturbi a gravi dispiaceri e preoccupazioni di famiglia. All'esame ostetrico io potei affermare la diagnosi di gravidanza al secondo mese con minaccia di aborto. Consigliai riposo e l'uso di emostatici non ecbolici. Senonchè da allora in poi, malgrado tutte le cure, fu un continuo ripetersi, a brevi intervalli, di leggere perdite di sangue. Due fatti fermarono la mia attenzione e mi fecero avanzare la diagnosi di mola idatigena, l'esagerato aumento di volume dell'utero ed albuminuria. In quarto mese di gravidanza il fondo dell'utero raggiungeva la linea ombellicale circolare: in queste condizioni, continuando la perdita di sangue ed accentuandosi il deperimento generale, mi decisi all'interruzione artificiale della gravidanza. (7 Gennaio) Previa dilatazione cogli Hegar, s'introduce uno zaffo glicerinato di garza nella cavità uterina e in modo stipato si tampona la vagina. Presto si hanno contrazioni dolorose persistenti e, dopo otto ore di travaglio, viene espulso il tampone e dietro di esso, con modica emorragia, viene all'esterno un ammasso di vesciche molari, del volume di poco più di un

arancio. Immediatamente, introdotta la mano in vagina per provvedere allo svuotamento dell'utero, trovo la bocca uterina occupata da un sacco amniotico. Rotto il sacco, estraggo un feto al quarto mese di sviluppo, bene conformato, lungo 15 centimetri. Viene poi spontanea l'espulsione di una placenta completa con le sue membrane, che nulla di anormale presenta al suo esame macroscopico. L'utero resta completamente vuoto e si contrae in modo efficace e regolare. Praticata una abbondante irrigazione endo uterina, si lascia la donna, che segue con puerperio normale ed apiretico.

La placenta e la mola espulse sono da me asportate e distribuite in vari liquidi fissatori per opportuno esame istologico.

II. Caso. — V. M. d'anni 27, abitazione via Pallone (levatrice Emilia Cavassa). — Mestruata la prima volta a 15 anni, ebbe poi sempre la mestruazioni successive regolari per tutti i loro caratteri. Sofferse le comuni malattie dell'infanzìa.

Andò a marito all'eta di 23 anni. Ha sviluppo scheletrico regolare, statura media, stato di nutrizione deficiente, aspetto anemico, quasi cachetico, e dà l'impressione di un soggetto di costituzione linfatica. Non sofferse malattie degne di nota. Ebbe una prima gravidanza, con decorso pressochè regolare, lamentò solo la paziente spiccati fenomeni simpatici nel primo trimestre ed un esagerato aumento di volume dell'addome nell'ultimo mese di gravidanza.

Le doglie del parto vennero a termine di gestazione il giorno 5 Novembre 1906: ma, dopo 15 ore di dolori, essendo sopravvenuta inerzia uterina, fu richiesto il mio intervento. Feci diagnosi di « gravidanza a termine, feto unico, vivo, in presentazione di V-OISA complicata da mediocre poliamnios ed inerzia nel periodo espulsivo del parto ». Rotte artificialmente le membrane, estrassi col forcipe, un feto di sesso mascolino, bene sviluppato del peso di grammi 3050 apparentemente sano. La placenta, espulsa in modo regolare e completa, fermò la mia attenzione per il suo enorme volume e peso, non presentava però lesioni macroscopiche degne di nota. Il puerperio ebbe decorso regolare, apiretico: la madre potè allattare il suo bambino: senonchè dopo qualche mese io seppi dal medico di famiglia, dott. Alfeo Aonzo, che il neonato era stato sottomesso a cura specifica per comparsa di sintomi non dubbi di sifilide ereditaria.

Il giorno 31 Dicembre 1907 io sono richiesto d' urgenza dalla stessa donna per minaccia d' aborto con grave metrorragia. Dall' interrogatorio rilevo che essa è in quinto mese di gravidanza, ma che non ha ancora avvertito i moti attivi, che sofferse in questi mesi di esagerati fenomeni simpatici, con vomito ostinato, vertigini, malessere generale, spiccato dimagramento e che già eransi ripetute altre piccole perdite di sangue, che la levatrice aveva potuto dominare ordinando riposo ed emostatici non ecbolici. Trovo infatti la donna assai deperita con fenomeni gravi di anemia acuta. All'esame ostetrico riscontro che l'utero ha il volume di una gravidanza al sesto mese, non si avvertono parti fetali, nè battito cardiaco fetale, il collo dell'utero completamente rammollito e quasi totalmente scomparso, è t tora chiuso e non permeabile al dito esploratore. Eseguisco uno stipato tamponamento vaginale, faccio iniezioni di stipticina, ed una ipodermoclisi di

400 cm3. Susseguendosi valide contrazioni uterine, per le gravi condizioni dell'ammalata e per il sospetto di avere di fronte un caso di mola idatigena, ritengo opportuno non allontanarmi dalla paziente. Dopo quattro ore di forti dolori il tampone vaginale viene espulso ed insieme con esso un voluminoso ammasso di vescicole molari; svotata e disinfettata la cavità uterina provvedo all'emostasi con iniezioni di ergotina e tamponamento utero vaginale: quindi ipodermoclisi ed iniezioni eccitanti. La mola estratta è molto voluminosa, composta di vescicole di varie dimensioni, non vi è traccia di embrione fetale ed è del peso complessivo di grammi 1600. A scopo di studio ne ritenni alcuni frammenti, che fissai in alcool, formalina, Orth. Dopo 24 ore rimuovo il tampone e pratico raschiamento strumentale della cavità uterina. L'urina raccolta in vescica è in poca quantità e mostrasi all'esame chimico ricca di albumina. La paziente si assoggetta a dieta lattea, il puerperio decorre regolare apiretico e dopo otto giorni l'albumina è cômpletamente scomparsa dalle urine.

Ordino una cura ricostituente con jodoferratose ed invito la paziente a farsi vedere dopo il capoparto. Ritornata dopo 45 giorni, la trovo in condizioni generali ottime e nulla di notevole rilevo all'esame ginecologico: indirizzo la paziente al suo medico, il quale fa la cura specifica con una serie di iniezioni di sublimato: ma dopo circa 25 iniezioni mi avverte che ha dovuto sospendere la cura e consigliare una dieta lattea per ricomparsa di abbondante albumina nelle urine.

Nell'aprile la donna ritorna nel mio ambulatorio dichiarando di non aver più avuto mestruazioni dopo il capoparto e col timore di essere nuovamente incinta per la ricomparsa di fenomeni simpatici accentuati: infatti l'esame ginecologico conferma il suo dubbio: l'utero ha il volume di una gravidanza al secondo mese: esamino le orine e trovo discreta albuminuria. Consiglio riposo e dieta lattea, sorveglio la gestante ed ottenuto un relativo miglioramento ritento la cura mercuriale, riservandomi di interrompere artificialmente la gravidanza se non fosse possibile proseguire la cura. Ma il 10 maggio sono nuovamente richiesto a domicilio, perchè la donna è stata colta da travaglio abortivo ed ha espulso un feto della lunghezza di 10 centimetri. All'esame ostetrico trovo la bocca uterina beante, e col dito esploratore rilevo che la placenta, trattenuta in cavità, è già staccata dalla sua inserzione. Immediatamente abbasso il collo dell'utero con una pinza tirapalle e mediante una pinza a larga presa estraggo in totalità la placenta, la quale mostrava, diffuse su tutta la superficie materna, numerose vescicole molari di varia grandezza e forma. Procedo subito al raschiamento della cavità uterina e tamponamento. Asporto la placenta e parti del prodotto del raschiamento, che vengono poi immersi e conservati in liquidi fissatori per opportuno esame istologico.

La donna ebbe puerperio apiretico, regolare. L'esame delle urine dopo otto giorni era completamente negativo rispetto all'albumina.

Il primo dei casi descritti appartiene ad una rarità di gravidanza gemellare, in cui uno degli uovi andò incontro a degenerazione molare, mentre l'altro si sviluppò regolarmente. Di simili casi in letteratura ne esistono ben pochi; in totale solo 12 esemplari è

riuscito a trovarne descritti il Valtorta, il quale si occupò recentemente dell'argomento illustrandone altri due nuovi casi, di cui uno in gravidanza gemellare e l'altro in gravidanza trigemina. Che nella nostra paziente si trattasse veramente di gravidanza gemellare è inutile che io vi insista a dimostrarlo, poichè a togliere ogni dubbio che la parte molare potesse rappresentare solo una parte degli annessi alterata (villi del corion laeve) o che essa abbia potuto trarre la sua origine da una forma di placenta diffusa o parzialmente succenturiata, valgono l'assoluta indipendenza con cui i due uovi vennero espulsi nella loro rispettiva integrità, nonchè l'esame nostro accurato, che rilevò la non alterata costituzione della placenta con il suo sacco ovulare completo e nettamente distinto dalla mola; fatto del resto poi confermato ancora dall'esame microscopico.

L'altro caso, oltre l'interesse che presenta per la recidiva così a breve intervallo e per la sua storia clinica, illustra pure un'altra rara particolarità della mola idatigena, e cioè la degenerazione vescicolare limitata ad una sola parte della placenta. I pochi casi conosciuti in letteratura sono sommariamente riportati nel recente lavoro di Savarè: per cui io risparmio di riferirne, ricordando solo che essi comprendono gravidanze a diversa epoca di sviluppo, a diversi gradi e diverse distribuzioni della degenerazione molare nella placenta: così mentre in qualche esemplare la lesione è nettamente limitata ad un distretto placentare, in altri invece le vescicole di varia grandezza e forma sono diffuse su tutta la superficie materna della placenta, mentre in qualche caso ancora si dimostra in modo evidente la degenerazione molare sviluppantesi dal corion laeve.

L'una e l'altra delle due rare particolarità, che illustrano i nostri due casi, hanno speciale importanza per lo studio e la interpretazione della eziologia della mola idatigena. Il fatto di riscontrare nello stesso utero un uovo sano a lato di un uovo degenerato deve far supporre un'alterazione primitiva dell'uovo: il fatto di trovare una degenerazione vescicolare limitata ad una parte dei villi placentari fa supporre che l'alterazione dell'uovo possa determinarsi dopo il suo annidamento nella cavità uterina, a diversa epoca di sviluppo e fa credere o sperare di poter cogliere e studiare la lesione al suo primo inizio.

Di fronte a queste forme di gravidanza, parzialmente molari, cadono completamente quelle teorie che vogliono fare risiedere la ragione di essere della mola in un processo irritativo dovuto a fatti infiammatori della mucosa uterina. E se Virchow, Polano, Veit, Emanuel, Stoffel ed altri, che parrebbero inclinati ad ammettere un tale dato eziologico come precipuo fattore della formazione molare, poterono nei loro casi far rimarcare l'esistenza di un processo di endometrite deciduale; se a Virchow riuscì dimostrare lesioni infiammatorie spiccate della decidua, con formazione anche di polipi, nella maggior parte dei casi invece le alterazioni messe in evidenza

si limitano a semplici focolai di infiltrazione parvicellulare, che qua e là si possono sempre notare anche in casi, in cui la gravidanza trascorse regolarmente, e ben lontane quindi dall' avere un significato patologico; senza contare poi che, in obbiezione, si potrebbe ancora invertire la proposizione e dire che lo sviluppo della mola è la causa e non l'effetto della ipertrofia della caduca. Ma già altri autori (Marchand, Fraenkel, Ouwrj, Segal, Savarè, Valtorta) hanno potuto escludere la coesistenza di processi infiammatori con la mola idatigena ed i casi, come i nostri, di mola in gravidanza gemellare o di mola parziale la escludono per sè, a meno che non si voglia ammettere che il processo infiammatorio dell'endometrio sia localizzato solo in date parti della parete uterina, ciò che costituirebbe una spiegazione ben poco verosimile.

Hanno trovato invece il maggior numero di sostenitori ed il massimo favore dei clinici, quelle teorie appunto che mettono in rapporto l'eziologia della mola idatidea o con una malattia ovulare primitiva, per cui l' uovo, prima ancora di raggiungere la cavità uterina, verrebbe ad assumere una disposizione alla forma ipertrofica dei suoi villi; oppure con una alterazione primitiva dell' uovo determinata da speciali influenze o turbe materne, capaci di influire direttamente sul suo sviluppo anche nella cavità dell'utero.

Così la mola fu messa in rapporto eziologico con la degenerazione cistica dell' ovaio, in quanto questa apporterebbe ad una malattia primitiva dell' uovo. Questa teoria enunciata dal Müller nel 1847, e già intravveduta dal Degregorini, che nel 1795 aveva richiamato l' attenzione sulla coincidenza della mola con tumori ovarici, venne poscia riconosciuta dal Marchand, il quale la ampliò e convalidò con numerose osservazioni anatomo-patologiche.

Impressionante di fatti è la frequenza con cui si notano lesioni ovariche in donne che subirono gravidanze molari; ed ultimamente il Patellani-Rosa ne portò un' accurata statistica, in cui ancora fece rilevare come nell'89 $^0/_0$ dei casi le lesioni fossero bilaterali.

Anche questa teoria però è difficilmente applicabile ai casi nostri, in quanto non si riuscirebbe a spiegare perchè solo uno degli ovicini abbia dovuto risentire effetto della alterazione ovarica, a meno che non si voglia spingere l' ipotesi fino a supporre che i due ovi provengano da ovaie diverse, ipotesi che del resto lascerebbe ancora insoluto il fatto della parziale degenerazione di un' unica placenta.

E in opposizione a detta teoria dobbiamo aggiungere altresì che mentre la gravidanza molare è un fatto piuttosto raro che si verifica più volentieri nelle donne più attempate, è cosa invece relativamente frequente in donne d' età avanzata riscontrare alla sezione anatomo-patologica una o meno pronunciata alterazione cistica dell'ovaia. Nei pochi casi quindi di gravidanze molari il riuscire a mettere in evidenza una qualche concomitante alterazione ovarica non è ragione sufficiente per stabilire un nesso eziologico tra le due affezioni dal momento che questa rappresenta un reperto

troppo comune a rintracciarsi nell'età in cui quelle di solito si avverano; e tanto più che sono ancora molti i casi di mola idatigena in cui non fu possibile dimostrare una concomitante lesione ovarica e non mancano esempi in cui fu possibile escluderla in modo sicuro.

Le numerose ricerche istologiche fatte in base alla detta teoria e dirette a scoprire sempre nuove e caratteristiche lesioni del parenchima ovarico in quelle donne che avevano sofferto di gravidanze molari, vennero a stabilire che dette lesioni stanno specialmente a carico del corpo luteo; si constatò la frequenza di cisti luteiniche, si dimostrò l'invasione di cellule del corpo luteo nel parenchima ovarico e si venne a formulare l'altra ipotesi che il corpo luteo eserciti una influenza indiretta sullo sviluppo dell'uovo, e che l'ipertrofia e la degenerazione vescicolare dei villi coriali dovesse mettersi in rapporto con una iperproduzione ed iperfunzione luteinica. Così da un'alterazione anatomica si venne ad un'alterazione funzionale dell'ovaio come causa della mola idatigena. Che una iperproduzione od un eccesso di secrezione del corpo luteo possa avere un'influenza diretta sullo sviluppo dell'uovo così da eccitare nella sua proliferazione l'elemento più importante del corion, l'epitelio, è cosa troppo ipotetica perchè possa essere accettata anche come semplice teoria. Già la ipotesi generica del Fraenkel sulla secrezione interna del corpo luteo e sulla sua influenza sulla gravidanza e sulla mestruazione, per quanto seducente e geniale, trovò poco conforto nell'esperimento (Pianese) e nella osservazione clinica (ovariéctomia doppia in gravidanza).

Per quanto riguarda poi la formazione della mola idatidea ricorderò come nelle gravidanze normali (Orthmann, Wallart, Boshagen, Seitz, Pinto) come anche fuori della gravidanza (Risel) non è raro constatare quella diffusione di cellule luteiniche nel parenchima ovarico, che per essere stata rilevata in casi di gravidanza molare venne designata a prova della iperproduzione luteinica e di quella teoria che fra questa e quella vuole far esistere un nesso come fra causa ed effetto.

Ma pur ammettendo per la produzione molare cause inerenti all'uovo, noi abbiamo modo di spiegare l'alterazione primitiva ovulare senza legare ad essa una speciale lesione ovarica, e possiamo invece metterla in rapporto con altrettante e diverse cause materne che, a seconda del caso, possono diversamente influire e condurre allo stesso effetto. Mentre riesce difficile spiegare l'influenza che sulla gravidanza può esercitare un'alterazione dell'ovaio; come da questo possano trasmettersi all'uovo stimoli diversi così da determinare la trasformazione molare di una parte dei villi o di uno solo degli ovi nella gravidanza multipla; differenti ragioni ci permettono di ammettere che sotto l'influenza di turbe materne possa prodursi una malattia primitiva dell'uovo ed una più o meno spiccata alterazione nel suo sviluppo. Un'affezione specifica, discrasica, infettiva della madre è capace d'influire diversamente sullo sviluppo

dell' uovo: nelle donne sifilitiche è frequente l' aborto ed il parto prematuro, mentre non è raro, all'infuori di ogni soccorso terapeutico, il parto a termine con feti vivi, sani od ammalati, bene conformati o mostruosi, e con alterazioni placentari più o meno estese: così per le donne albuminuriche, così per altre cause tossiche od infettive noi possiamo avere un diverso grado di alterazione nello sviluppo dell' uovo.

L'esistenza frequente dell' albuminuria nella gravidanza molare ha permesso di supporre una correlazione tra le due affezioni e di sollevare l' ipotesi dell' albuminuria come unica causa della degenerazione dei villi. Lo stesso avvenne per la sifilide. L' età della madre è stata considerata, nello stesso senso, come una causa diretta della mola, ed invero nel terzo dei casi le donne affette da mola sono prossime alla menopausa. Nei nostri due casi noi abbiamo due donne in giovane età, delle quali in una abbiamo ragione di escludere l' infezione celtica, mentre nell' altra dobbiamo ammetterla ed in questa, in breve lasso di tempo, abbiamo potuto osservare tre esiti diversi della gravidanza, mentre nella degenerazione vescicolare dei villi nulla dobbiamo riconoscere di specifico per in quanto alla sifilide, per il risultato completamente negativo ottenuto nella ricerca dello spirocheta pallido, che secondo le ultime ricerche è il solo reperto che ci possa fare ammettere con sicurezza l' azione e l' influenza specifica.

L' albuminuria presente in entrambi i nostri casi non può essere considerata come la causa del male dal momento che i fenomeni di nefrite non esistevano prima, nè persistettero dopo la gravidanza; onde più giusto è ammettere che la stessa causa che produsse l'irregolare proliferazione dell'epitelio coriale sia stata quella anche che ha cagionato la lesione renale.

E noi appunto, come per l'albuminuria in genere, così per la mola anzichè ricercarne la causa in speciali momenti eziologici troviamo più logico metterne in accordo la genesi con uno stato di intossicazione, che può determinarsi per l' insorgenza della gravidanza, ma che può essere legato ad una affezione specifica, discrasica, infettiva della madre od anche semplicemente a turbe transitorie (traumi, preoccupazioni morali, surmenage, ecc.) dell'organismo materno. Nè questo stato d'intossicazione, secondo noi, neppure va inteso nel senso specifico del Winchel, il quale crede che speciali sostanze irritanti esistenti in circolo possano esaltare l' attività proliferativa del rivestimento coriale, ma piuttosto nel senso che esso possa influire direttamente sullo sviluppo dell' uovo e determinare una malattia primitiva ed anche la morte dell'uovo o la sua totale o parziale degenerazione.

In questo modo noi abbiamo il mezzo di spiegare perchè la mola combini tanto facilmente con la costituzione celtica, perchè ad essa si associ tanto spesso l' albuminuria; noi possiamo darci ragione della facile insorgenza della malattia dopo forme infettive o discrasiche, che certamente devono aver fatto sentire la loro

azione sullo sviluppo dell' uovo od anche per cause traumatiche varie e così ancora nella avanzata età quando l' attività sessuale è quasi spenta; noi possiamo comprendere i frequenti casi di mola recidiva nella stessa donna (Fritsch, ecc.) ed il succedersi delle mole nella stessa famiglia (Ancelet) ed infine le frequenti anomalie di fecondazione (gravidanza gemellare) o anomalie di gestazione (aborti frequenti) nelle donne che sono soggette alla mola idatidea,

Per noi insomma la mola idatigena può considerarsi come l' esito di una malattia primitiva dell' uovo, o meglio come il prodotto di speciali proprietà patologiche che esso acquisterebbe nei primi stadi della sua evoluzione per l' influenza di diverse turbe materne e che, a seconda del caso, possono esplicarsi in diverso grado od anche colpire uno solo degli ovi in caso di gravidanza multipla.

Non mi dilungo oltre a descrivere i particolari del reperto istologico, che mi porterebbe a ripetere cose già troppo note: esso dimostra chiaramente che la vescicola molare non è che la diretta provenienza di un villo coriale alterato: le produzioni vescicolari più piccole riproducono fedelmente l'aspetto dei villi coriali normali, almeno nel periodo prevascolare. Lo stroma appare di natura connettivale e come tale reagisce ai metodi Van Gieson e Ramon y Cajal; per la sua struttura ricorda il connettivo giovane dei villi normali, differendone solo per i fatti regressivi, di cui si possono bene scoprire tutti i gradi di passaggio da connettivo perfettamente conservato e detrito amorfo. Nelle vescicole più grandi, in cui la parte centrale è andata incontro al processo di fluidificazione, si osserva facilmente l'addensamento delle fibrille connettivali alla periferia così da formare uno straterello di tessuto connettivo stipato, generalmente bene conservato e ricco di nuclei, che serve come di sostegno al rivestimento epiteliale della vescicola. Il limite fra lo stroma e l'epitelio del rivestimento è sempre netto: senza forma di passaggio dall'uno all'altro tessuto. In nessun preparato ho potuto riscontrare vasi alterati o distrutti: i nuclei endoteliali sono bene conservati, in alcuni piuttosto numerosi, nessun accenno però a fatti proliferativi.

Il rivestimento epiteliale risulta in massima formato da due strati di cellule, Langhans e sincizio, ed in molti punti la loro proliferazione è evidentissima. Dalla massa epiteliale di rivestimento, si sollevano degli accumuli di sincizio e di epitelio che si spingono negli spazi intervillosi: non ho mai osservato masse epiteliali tra lo stroma o, se presenti, lo erano per puro artificio di preparazione.

Nella placenta in cui la degenerazione era solo parziale, i punti apparentemente non alterati anche alla sezione microscopica dànno un reperto pressochè normale: il connettivo dello stroma ha caratteri normali, nessuna alterazione a carico delle tonache vasali, i villi sono rivestiti dallo strato sinciziale bene delimitato, con nuclei bene colorati, cellule del Langhans regolari: solo alla periferia di alcuni villi si osservano piccole gemme sinciziali.

RECENSIONI

A. Sacchi. — **Per l'eziologia dell'infezione puerperale.** (Folia Gynaecologica - Vol. I, fasc. I, 1908).

Quando ci troviamo davanti ad un caso d'infezione puerperale, il primo quesito che ci proponiamo riguardo all'eziologia è di poter conoscere quale sia la fonte da cui la malattia ha tratto origine e come i microrganismi abbiano potuto giungere a contatto dei genitali della puerpera in modo d'aver dato luogo alla forma morbosa.

Quesito che non è sempre facile da risolvere.

Orbene, nel caso descritto dall'A., la causa prima di tanto male non era il medico, nè la tanto provvidenziale ostetrica, era invece un banale ed innocuo lombrico capitato casualmente entro la vagina della puerpera (in ciò facilitato dall'esistenza d'un perineo poco esteso per una pregressa lacerazione) e di qui emigrato entro il canale cervicale, per modo da porsi in largo contatto colla vasta ferita uterina puerperale.

Rebaudi.

Sakschke. — **L'iperemia da stasi come galattoforo.** (Wiener Klin. Woch. - N. 15, 1908).

L'A riferisce come nella Clinica di Heidelberg si usi la stasi alla Bier, nei casi in cui la secrezione lattea non viene in campo al tempo voluto, od è scarsa od aumenta troppo lentamente.

Ed i resultati sono nel maggior numero dei casi soddisfacenti, e talora, specialmente nelle primipare, meravigliosi; giacchè pare che l'iperemia da stasi venga attivamente a risvegliare e ad intensificare quello stimolo alla secrezione, che nelle primipare non si è ancora fatto sentire.

Con questo metodo contemporaneamente si agisce ottimamente sulle ragadi e si fa una buona profilassi della mastite.

L'istrumentario è quello usato nella cura della mastite.

La cura dev'esser condotta nel modo seguente:

La stasi si pratica nell'intervallo delle poppate, ed in media due-tre ore prima della seguente. La prima seduta non dura più di 15 mp.; nelle successive man mano si aumenta da 15 a 20-30 mp.; in genere non si debbono praticare più di tre sedute al giorno; l'intensità della aspirazione dev'essere accuratamente dosata, giacchè vi sono delle forti variazioni individuali di tolleranza.

L'indice più attendibile, che occorre sospendere nell'aspirazione, è dato dal fatto che il latte fuoriesce a getto energico.

Alcune volte bastano poche pompate, altre volte, ed appunto nei casi di grave deficienza nella secrezione lattea occorre un'intensa aspirazione.

Rebaudi.

Eisler e Sohma. — **Opsonine delle madri e dei feti.** (Wiener Klin. Woch. - N. 19, 1908).

Gli A.A. allo scopo di portare un contributo alla questione non ancora concordemente risolta pei studî di Wright, Amberg, Tourton e Appleton del contenuto opsonico del sangue delle madri immunizzate e dei neonati, hanno condotto alcune ricerche su femine gravide e sui feticini di animali da laboratorio.

Sono venuti alle conclusioni seguenti:

1. — Il siero di sangue di cavie e di conigli neonati possiede un potere opsonico attivo quanto quello di detti animali adulti.

2. — I feti giovani non generano opsonine. Il primo comparire di opso-

nine nei feti di cavia comincia all' incirca verso l' ultimo terzo della gravidanza. Da questo momento il contenuto opsonico progressivamente cresce e poco dopo il parto raggiunge valori quali si hanno nell'animale adulto.

3. — Non si può affermare che esista un passaggio di opsonine dal sangue materno al sangue fetale.

4. — Il latte di animali immunizzati contiene, al contrario del latte normale, delle quantità sicuramente dimostrabili di opsonine.

Rebaudi.

S. Delle Chiaie. — **Su di una citotossina che produce la degenerazione grassa delle ovaie.** (Zentralbl. für Gyn. - N. 21, 1908 e Archivio Ital. di Ginec. - N. 6, Giugno 1908).

In una brevissima nota preventiva l'A. riferisce i favorevoli resultati ottenuti servendosi di un liquido citolitico per l' ovaio e preparato con una speciale tecnica, di cui non svela i procedimenti, da lui iniettato nel peritoneo di cagne giovanissime.

In questi animali così trattati l'A. afferma di aver riscontrato:

1. — Diverse fasi di necrobiosi dell'epitelio germinativo.

2. — Degenerazione granulo-grassosa dello stroma e del parenchima ovarico con maggiore diffusione all'ovulo.

3. — Granulosa relativamente rispettata.

4. — Infiltramento di granuli e gocciole adipose negli interstizi dello stroma.

Si ripromette di continuare su larga scala le esperimentazioni e di riferirne man mano i resultati.

Rebaudi.

Fuszkai. — **L'esame ed il massaggio in acqua nella pratica ostetrico-ginecologica.** (Berl. Klin. Woch. - 22 Giugno 1908).

L'A. richiama l' attenzione sull' estrema facilità e sugli ottimi resultati che si ricavano nella diagnostica ostetrico-ginecologica dal procedere ai nostri esami ponendo la donna immersa nell'acqua di un bagno.

La gravidanza ai primi inizi è facilmente diagnosticata; la situazione, la disposizione del feto dentro l' utero durante gli ultimi mesi di gravidanza può esser determinata con una esattezza e facilità veramente meravigliose.

Anche nella propedeutica ginecologica può rendere questo metodo d' esame insperati frutti: e l'A. cita a comprova del suo asserto una serie di casi di difficile diagnostico illuminati con chiarezza mediante l'esplorazione entro l'acqua.

Aggiungi ancora che il massaggio ginecologico compiuto sott'acqua permette di ottenere con minima dolorabilità resultati veramente insperati.

Al termine del suo lavoro, l'A., onde invogliare i colleghi a prendere in prova questo metodo d'esame, dà delle opportune indicazioni per rapporto all' installazione d'una bagnarola, che si presti alla facile pratica del massaggio e dell'esame ginecologico in acqua.

Rebaudi.

T. Prandi. — **Alcune considerazioni sulla cervicite ed endocervicite in gravidanza e sulla relativa cura.** (Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche - N. 101, 23 Agosto 1908).

Da parecchi anni il Bossi ha richiamato l' attenzione sulla frequenza di forme inflammatorie della cervice (cerviciti ed endocerviciti) durante la gravidanza, di cui ha anche studiato le alterazioni anatomopatologiche, la patogenesi, dettando un'appropriata cura profilattica e terapeutica.

L'A., ritornando sull' interessantissimo argomento, ha potuto rilevare come su 1320 gravide, presentatesi all' ambulatorio dell' Istituto Ostetrico-Ginecologico della Regia Università di Torino, ben 156, ossia 11,5 °/₀, vennero riconosciute affette da cervicite. Studiò la sintomatologia clinica di queste lesioni, discusse intorno alla natura patogenica, intraprese in buon numero la cura generale e locale suggerita dal Bossi, venendo alle conclusioni seguenti:

1. — La cervicite e la endocervicite in gravidanza è più frequente di quanto comunemente si crede, e colpisce in particolar modo le pluripare.

2. — Essa è causa di disturbi soggettivi d'indole generale, per nulla in rapporto coll'entità delle lesioni locali: disturbi d'ordine generale che richiamano l'attenzione prima e maggiormente di quelli offerti od in relazione colla sfera genitale.

3. — Tali affezioni con tutta probabilità sono di natura microbica.

4. — La cura Bossi si dimostra efficace e non ha alcuna influenza nociva sul decorso regolare della gravidanza; anzi questa che potrebbe essere interrotta dal processo flogistico del collo uterino, viene, mediante tale trattamento terapeutico, condotta bene a termine.

Rebaudi.

C. Merletti. — **Genesi e significato biologico dei depositi calcarei nella placenta umana.** (Annali di Ostetr. e Ginec. - N. 5, Maggio 1908).

L'A. con opportune indagini istochimiche, porta un contributo alla conoscenza di quegli accumuli calcarei, che non raramente si riscontrano nella placenta, ed in special modo sulla superficie sua materna.

Dopo avere stabilito col minuto esame microscopico la sede di queste deposizioni calcaree e d'aver constatato la inseparabile presenza di degenerazioni cellulari (di diversa intensità e natura) colà ove si avvera accumulo di sali calcarei, viene alla conclusione, che queste deposizioni calcaree debbano considerarsi come il prodotto d'una vera e propria *degenerazione calcarea.*

La precipitazione dei sali calcarei non è altro secondo l'A. che il resultato di una reazione chimica tra i sali medesimi sciolti e circolanti nel plasma sanguigno ed il fosforo delle nucleine cellulari, che si libera dai composti organici a cui si trova normalmente legato, in conseguenza di un processo degenerativo, che ha colpito gli epiteli od il connettivo della placenta.

In ogni caso adunque, il substrato anatomico del fenomeno chimico è un fatto regressivo, un processo di atrofia e distrofia cellulare, caratterizzato da un abbassamento dell'attività vitale della cellula, da un fenomeno di « *ipobiosi* ».

E le circostanze più favorevoli ai fenomeni di ipobiosi cellulare necessaria alla degenerazione calcare riscontransi con maggior frequenza allorchè la gravidanza si protrae oltre il termine normale, con minor frequenza invece allorchè si formano in grembo alla decidua o negli spazi intervillosi per cause diverse degli stravasi emorragici, o si ha distacco parziale e precoce dell'ovulo, od in caso di lesioni specifiche, specialmente sifilitiche, dell'ovulo.

Rebaudi.

Erdheim e Strauss. — **Alterazioni ipofisarie e gravidanza.** (Berl. Klin. Woch. - N. 21, 1908).

Dall'esame accurato di 150 ipofisi di donne gravide e puerpere, gli A.A. vengono alla conclusione che la glandula ipofisaria in gravidanza, per un processo combinato di ipertrofia ed iperplasia, aumenta di volume sino a raggiungere 2 volte e mezzo il peso suo normale. L'ipofisi, già evidentemente aumentata di volume nei primi periodi della gravidanza ed a massimo volume verso il suo termine, avvenuto il parto, entra in un periodo di reintegrazione, che va però a rilento specialmente nelle donne che allattano. La reintegrazione non riesce però mai completa, per modo che le ipofisi più voluminose sono appunto quelle di donne pluripare.

Le modificazioni gravidiche dell'ipofisi, già visibili macroscopicamente per il suo maggior volume, e peso, nonchè per la superficie sua di taglio che appare, specialmente a termine di gravidanza, di colorito bianco uniforme, succolenta ed eccezionalmente molle, sono anche molto palesi e caratteristiche all'esame microscopico.

Durante la gravidanza nell'ipofisi si riscontrano delle nuove cellule caratteristiche, chiamate *cellule della gravidanza.* Tali cellule che appartengono alla varietà eosinofila, nelle pluripare già numerose le prime settimane di gravidanza, raggiungendo il maximum verso il sesto mese, si dispongono prevalente-

mente lungo i trabecolati, che dividono gli alveoli glandulari, per modo da turbare meccanicamente la nutrizione degli elementi cromofili. Contemporaneamente aumentano in numero le cellule fondamentali, il cui nucleo si va man mano rischiarando.

Queste modificazioni microscopiche gravidiche hanno tendenza a scomparire durante il puerperio con molta lentezza però: specialmente a carico delle trabecole rimangono permanentemente delle modificazioni tali, per le quali si può affermare che una donna fu incinta. Dato interessante anche pel lato medicolegale.

Di queste cellule gravidiche alcune permangono sino negli anni più avanzati della vita sessuale attiva, per scomparire poi col sopraggiungere della menopausa.

Queste modificazioni anatomiche macro e microscopiche dell'ipofisi fanno ritenere giustamente, che detta glandula durante la gravidanza modifichi la sua secrezione; infatti nelle donne gravide si riscontrano appunto delle alterazioni al naso, alle labbra, alle mani, quali appunto si hanno in casi patologici di ipertrofia ipofisaria (acromegalia).

Rebaudi.

PARTE II.

PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Torino

Prof. G. VICARELLI, *Direttore*

I VOLGARI MEZZI PER L'ABORTO CRIMINOSO

Io ho riunito in un quadro di cui riporto la fotografia nella annessa tavola, le diverse sostanze, utensili ed arnesi che, *da segreti svelati*, mi è stato possibile raccogliere da donne, le quali direttamente o indirettamente si erano procurate l'aborto.

Tutti questi mezzi più o meno efficaci allo scopo e più o meno offensivi, ho giustamente creduto di chiamare *volgari*, volendo intendere e i mezzi ritenuti abortivi e i mezzi più comunemente messi in pratica per interrompere la gravidanza da persone che, prive di senso morale, aggiungono una completa ignoranza della medicina o dell'arte medica, non ne conoscono le leggi, i dettami, la nobile missione.

Infatti sono quasi sempre le conseguenze dell' ignoranza nella pratica che portano alla scoperta dei mezzi adoperati, rimanendo purtroppo e disgraziatamente disconosciuti tutti quegli aborti che provocati con rigore di tecnica non lasciano nè traccie, nè conseguenze, per modo che questi aborti se anche sospettati non vengono scoperti e per di più rimangono del tutto impuniti, mentre questi aborti procurati sarebbero per molteplici ragioni quelli forse, moralmente parlando, ancora più incriminabili.

Dando uno sguardo alla raccolta di questi mezzi volgari per l'aborto criminoso, si vede che essi ricordano e seguono nella loro cronologica applicazione e nel loro concetto di funzionamento, quell'evolutivo progresso che la Medicina e l'Arte Ostetrica con completa integrità di coscienza e di scienza ha escogitati e va applicando per provocare l'aborto ed il parto a scopo di bene e non per le umane nefandizie, ma per curare e guarire le umane fisiche infermità.

Dalle sostanze più o meno innocue ed a torto ritenute come abortive, si passa all'uso di quelle veramente ecboliche: dalla puntura delle membrane ovulari mediante utensili domestici e femminili prima, ad istrumenti medici poi, si passa all'impiego della doccia vaginale ed uterina con lo intendimento che la temperatura o la pressione del liquido iniettato nelle vie genitali ecciti la contrazione uterina provocando la espulsione dell'uovo. Fra questa categoria di mezzi, originalissimo è quello del comune sifone d'acqua di Seltz con una cannuccia da pipa innestata al rubinetto. Da questi mezzi che per un momento denomineremo idrostatici si passa allo scollamento dell'uovo dall'utero ed alla eccitazione delle contrazioni uterine mediante introduzione e permanenza nell'utero di oggetti più o meno flessibili e fra questi primeggia il catetere vescicale da uomo, ossia la siringa.

Come abbia potuto la tecnica che si è andata svolgendo ed applicando per l'aborto ed il parto provocato a scopo medico, sanzionato dalle leggi civili ed umanitarie, essere trafugata ed esulare dal tempio della Scienza per venire usata in offesa alle coscienze, alle leggi, alla fede, facilmente e con tristezza io ne vedo le vie, nella stessa guisa che la pubblica conoscenza di certe armi create ed adoperate per difendere, serve agl'inesperti ed ai perversi per usarle ad offesa. Ma come queste armi, che dovute e sapute adoperare difendono l'organismo materno o fetale da un minacciato pericolo, così pure quelle stesse armi ingiustamente e malamente adoperate ledono gli organismi, offendendo la coscienza, violando la legge, compromettendo la salute.

Nella raccolta che presento ho inoltre aggiunto al nome vero e proprio delle singole sostanze e dei mezzi volgarmente usati come abortivi, l'appellativo con cui sogliono alcune venire denominate nel *gergo* di quelle persone che vi ricorrono.

La conoscenza dell'appellativo con cui sogliono in *gergo* essere denominate e distinte le diverse sostanze e mezzi impiegati per provocare un aborto clandestino è del massimo interesse e per il Medico e per il Magistrato inquirente.

Tanto al Medico come al Magistrato una frase, una parola raccolta di questo speciale linguaggio, di cui però ne conosce il significato, può servire a Quello per intuire più praticamente l'eziologia, la causa dell'aborto ed apprestarne più sollecitamente o il rimedio più opportuno o le cure più adatte per combattere le funeste conseguenze, al Magistrato per scoprire e per metterlo subito sulla diretta via per le indagini giudiziarie.

Per citare alcuni di questi vocaboli:

con la parola	intendi
le polverine	*polveri di segala cornuta*
'l bicerin *il balsamo degli Ebrei*	*trementina* *balsamo giudaico*
il cipresso dei maghi *la pianta dannata*	*Juniperus Sabina*

CROCUS SATIVUS
(ZAFFERANO)
RUTA GRAVEOLENS
IPOMEA PURGA
(GIALAPPA)
ALOE PERFOLIATA
LA VELENOSA - TAXUS
DA SEGRET

la velenosa	*Taxus baccata*
il ferro	*ferro da calze*
lo spillo	*spillone usato dalle donne per fermare in testa il cappello*
la sonda	*il catetere inglese da uomo*

L' originale raccolta, che presentai al Congresso Internazionale di Antropologia criminale tenutosi nel 1906 in Torino, oltre essere interessante dal punto di vista storico, medico e giudiziario, addimostra pure, che anche nel campo dell' aborto criminoso si conferma, che la volgare delinquenza, come in altre criminalità, fa uso di un *gergo*, di un frasario del tutto speciale e molto significativo.

Torino, Giugno 1908. PROF. G. VICARELLI.

Prof. LORENZO RATTO

DIRITTO DI ABORTIRE E REATO DI ABORTO

PARTE I.

I PRESUPPOSTI SOCIOLOGICI.

Il problema dell'aborto volontario è, oggi, il problema fondamentale della ginecologia. Questa scienza nuova, nata sul tronco di un'antica arte e scienza, l'ostetricia, è la disciplina più completa e perfetta che esista dal punto di vista della classificazione delle scienze, perchè ha per oggetto lo studio integrale della donna, corpo, anima, condizioni e funzione sociale della donna. Nessun' altra scienza risponde in modo più perfetto alle esigenze del monismo. Sarebbe impossibile costruire una scienza parallela per il maschio.

Quindi fanno parte di quella disciplina tanto i problemi medico-chirurgici dell' ostetricia, quanto i problemi morali del femminismo.

I problemi odierni del femminismo hanno tutti un substrato connettivo in una esigenza antica e moderna della donna: la volontarietà della maternità. Questa esigenza immanente della psiche femminile è inconscia od inconfessata nelle manifestazioni sociali dell'attività femminile e negli scopi dei congressi e delle associazioni per le rivendicazioni sociali della donna, perchè è rinnegata dalla morale vigente. Però l'analisi dei fatti umani caratteristici della odierna lotta di sesso e dei rapporti sessuali dimostra un lentissimo, ma continuo segreto progresso verso la realizzazione di quella esigenza.

Se i limiti frapposti dall' etica cristiana allo sviluppo della scienza e dell'arte ostetrica non si opponessero, questa scienza sarebbe già arrivata al punto da provocare la scomparsa nella moderna società dei due fatti caratteristici dell' antica politica della popolazione, cioè l'infanticidio e l'aborto; poichè questi rimedi, un dì legali e normali contro la maternità involontaria, sarebbero sostituiti dalla sterilità artificiale volontaria e temporanea procurata con mezzi del tutto innocui, come l' iniezione di tintura di iodio ed altri che la scienza in questi ultimi anni sembra abbia trovato.

Ma l'etica giudaico-cristiana, che ha sempre impedito l' evoluzione dall'ostetricia alla ginecologia, impedisce ancora oggi ogni progresso della scienza nel campo dell'aborto artificiale, che essa vuole limitare a quello giustificato da motivo di salute; ed il braccio secolare dello stato, che fin dal medio evo è intervenuto a favore di queste esigenze attribuendo ai predetti due fatti, infanticidio e aborto il carattere di reato, non è certo ancora disposto a ritirarsi in omaggio alla separazione tra morale, religione e diritto. Questo intervento ha appunto l'effetto di far produrre quei due fatti, i quali verrebbero a cessare, sia pure a poco a poco, se il codice penale li radiasse dal novero dei reati, perchè la liceità loro indurrebbe a più forte ragione la liceità dei sostitutivi ginecologici; mentre perdurando il carattere delittuoso tanto dell'infanticidio che dell'aborto nè l'uno nè l'altro può scomparire, ed entrambi per influenza analogica ostacolano l'adozione dei sostitutivi.

L'infanticidio tende a sparire nelle popolazioni urbane, presso le quali può essere sostituito dall'aborto, e perciò è ormai entrato nella categoria dei reati che la sociologia criminale chiama naturali, perchè violano il sentimento medio di pietà. Ma non potrà mai scomparire nelle classi rurali finchè in esse l'opinione pubblica, i medici condotti, i farmacisti e gli agenti della forza pubblica e della chiesa ostacoleranno in modo assoluto ogni tentativo di aborto e benanco dei mezzi preventivi neo malthusiani.

Al contrario nelle popolazioni urbane, sopratutto delle grandi città è in continuo aumento l'aborto e va diminuendo sempre più il numero dei casi di intervento del magistrato penale. E' da soggiungere che l'aborto va pure raffinandosi nelle grandi città; poichè il feticidio, cioè l'aborto in stato di avanzata gravidanza, va diventando sempre più raro, mentre aumenta straordinariamente il numero dei casi di espulsione dell' embrione nel primo mese di gravidanza.

Tale è lo stato di fatto da cui il ginecologo, il sociologo, il penalista e il medico legale debbono prendere le mosse per una soluzione del problema dell'aborto.

***

In questa materia l'ultima parola spetta ai ginecologi, senza il consenso dei quali i penalisti nulla possono fare, trattandosi di vedere quando esista vero aborto.

I penalisti da tempo si sforzano invano di porsi d'accordo sul fondamento del diritto di punire l'aborto. Ed è naturale che manchi ogni possibilità di accordo, perchè si tratta di un reato che turba l'ordine etico-religioso e che è l'ultimo residuo nel diritto penale moderno, insieme all'adulterio, dell'alleanza tra chiesa e stato per rendere obbligatoria la morale sessuale religiosa. L' infanticidio invece è ormai saldamente acquisito al diritto penale, senza riguardo per le popolazioni rurali, perchè trova un fondamento giuridico

nella tutela del neonato anche se questo non è vitale, cioè privo di valore pel diritto civile: essendovi in ogni caso violazione del senso medio di pietà oggi corrente. E' questa ormai una conquista irrevocabile del diritto penale.

Non mancano peraltro dei penalisti già inclinati a negare in diritto *condendo* la imputabilità dell' aborto o a subordinarla, — sempre in una riforma del codice — alla querela di parte; ma essi stessi confessano di non poter conquistare questa riforma prima che ne siano persuasi i ginecologi e diventino consenzienti i sociologi e gli economisti, i quali hanno sposato la causa, inconsciamente religiosa, dell'aumento della popolazione ad ogni costo.

Gioverà quindi premettere una breve analisi critica dei dati della storia e della sociologia.

***

Fra le tante differenze che separano totalmente la politica dei popoli ariani da quella dei popoli semitici e quindi l'epoca precristiana dalla cristiana nella storia dell'umanità, una delle meno studiate e forse la più importante, è la differenza nei principii fondamentali della teoria e politica della popolazione. Negli Stati della antichità classica l'aumento della popolazione si alternava coll'arresto dello sviluppo di questa. Il primo era oggetto delle cure più delicate e sapienti degli uomini di Stato; il secondo era oggetto precipuo della moralità dei costumi. L'aumento era desiderato e favorito quando lo Stato aveva bisogno di rifarsi delle perdite di cittadini subite in guerra, e in generale quando il tornaconto politico, specialmente negli Stati giovani, esigeva lo sviluppo della popolazione. I mezzi per sopperire a tale bisogno erano di due categorie: da un lato la modificazione delle norme regolatrici dell'unione sessuale o del celibato, dall'altro l'estensione del diritto di cittadinanza.

Quando invece lo Stato aveva raggiunto un alto grado di potenza, subentrava il bisogno di provvedere all'arresto della popolazione, e di questa repressione demica s'incaricava l' etica, la quale non aveva alcuna difficoltà a giustificare i freni preventivi, l'aborto e l'infanticidio. E' perciò che gli Stati ariani più potenti dell' antichità ci presentano spesso il fenomeno della stazionarietà artificiale della popolazione, talvolta perdurante per secoli interi. Naturalmente le variazioni dell'ordine sociale della ricchezza influivano sull' etica sessuale, e specialmente le vicende dell'economia agricola erano quelle che determinavano le variazioni dell'etica dei connubi. Però s'ingannerebbe chi volesse riscontrare in ciò un argomento a favore del materialismo storico od economico; perchè i motivi predominanti erano sempre d'indole giuridico-politica. Aristotele insegnava essere più conveniente limitare la procreazione che eguagliare le ricchezze. In omaggio a questo tornaconto, che aveva basi politiche, anche la scienza veniva in aiuto all'etica per consigliare mezzi opportuni di frenare l'aumento della popolazione. La ginecologia,

non ostacolata nel suo sviluppo da principii etico-religiosi, era, in questa parte, abbastanza progredita. I Romani specialmente conoscevano mezzi preventivi ed ecbolici di efficacia non inferiore ai moderni e forse punto nocivi. Le donne non avevano alcun timore della sterilità artificiale e provvisoria e sapevano benissimo che la distruzione degli ovuli fecondati non poteva avere effetti biologici di sorta, essendo innumerevoli in confronto le distruzioni e perdite di quelli non fecondati, cui la donna soggiace per legge di natura. Quindi il dubbio di attentare alla specie non poteva sorgere nella mente delle donne orientali, romane e greche

Queste considerazioni valgono a spiegare i risultati dei censimenti greci e romani, che agli occhi dei cultori della statistica moderna di solito appaiono inesplicabili, stante la mutata funzione difensiva di questa disciplina in relazione ai principii etico-politici dominanti. Secondo il prof. Beloch (1) nel terzo secolo avanti l'èra volgare i *cittadini* romani atti alle armi erano circa 270.000. Questo numero diminuì fortemente durante le guerre di Annibale, poichè discese a 214.000; ma la perdita fu risarcita coll'aumento sollecito della popolazione, tanto che 40 anni dopo la fine della guerra, quel numero era salito a 377.009. Per quanto i moderni cultori della statistica, che si affaticano ingenuamente a determinare l'esatto periodo di tempo necessario al raddoppiamento di una popolazione, possano trovare relativamente insignificante quell'aumento in un periodo che normalmente si reputa sufficiente al raddoppiamento, noi non dubitiamo di asserire che quell'aumento fu veramente straordinario ed eccezionale nella storia della popolazione romana, e non può spiegarsi altrimenti che colla forte volontà di aumentare il numero dei nati. Però quando la *popolazione giuridica* di quel popolo di dominatori raggiunse l'anzidetta cifra di 377.000, cominciò una politica sessuale opposta. Si ebbe cioè l'arresto volontario dell'aumento della popolazione, arresto che gli storici credono cagionato unicamente dall'estensione crescente dei latifondi, dallo aumento della ricchezza nazionale in schiavi e della crescente sostituzione degli schiavi alla mano d'opera libera. Queste cause economiche a nostro avviso sono insufficienti.

Senza far appello a ragioni politiche è impossibile spiegare perchè il primo censimento dopo la guerra civile (69 a. Cr.) dia ancora un numero di cittadini romani di poco superiore a quello anteriore alla guerra di Annibale, e perchè i censimenti del 28 a. Cr., del 14 d. Cr. e del 47 d. C. ci offrano la prova della stazionarietà della popolazione giuridica romana. Evidentemente i Romani avevano intuito ciò che a noi è stato rivelato or ora dalla sociologia moderna, specialmente per merito del Gumplowicz, cioè che un popolo il quale aspira a dominare gli altri, deve mantenere ristretta la sua minoranza dominante, ossia frenare l'aumento della

(1) Beloch. *Una nuova storia della popolazione in Italia*, nella *Nuova Antologia*, del 1. settembre 1887.

popolazione nelle classi ricche e dominanti per evitare il rilassamento dei vincoli di interesse ,dai quali soltanto dipende la potenza e la forza.

Naturalmente da Annibale ad Augusto crebbe a dismisura il numero degli schiavi, per i quali la prolificazione intensa era consigliata dal tornaconto economico. Nel complesso adunque, la politica romana ci offre la contemporanea applicazione di principî politici ed economici, non già la preponderanza esclusiva di quelli economici, come a taluni storici seguaci del determinismo storico è piaciuto affermare.

***

Nei popoli semitici la politica della popolazione era basata su principî opposti, ed aveva carattere puramente etico, assoluto ed univoco. I semiti, specialmente gli ebrei, si considerarono sempre come un popolo destinato a primeggiare distruggendo gli altri o almeno soggiogandoli spiritualmente. Non a reggere i popoli, ma a sostituirli essi si sentivano e si sentono tuttora chiamati. Il dominio spirituale era preferito al dominio politico. Quindi l'imperativo categorico di quella razza fu la progressione ad oltranza, illimitata della popolazione, La procreazione fu sempre un dovere assoluto verso Dio, cioè verso la razza e la specie. La religione vietava qualsiasi politica preventiva o repressiva della popolazione. Il popolo eletto non concepiva modo migliore di estendere il suo dominio spirituale a maggior gloria di Dio. Ciò intuirono esattamente i teologi cristiani, i quali dimostrarono che il precetto del Rabbi di Nazareth « crescite et multiplicamini » è veramente un precetto divino, perchè trova la sua base nel decalogo ebraico ed anzi può dirsi virtualmente incluso in questo.

Dopo l'invasione ebraico-cristiana, che assoggettò spiritualmente il mondo ariano al mondo semitico, cessò a poco a poco la politica della popolazione siccome incompatibile col dovere assoluto della prolificazione. Però se lo Stato divenne incompetente in materia, l'arresto volontario dello sviluppo della popolazione rimase per molti secoli nei costumi come fatto tollerato dalla nuova religione. Vi sono infatti notevoli esempi di stazionarietà della popolazione financo nelle repubbliche italiane del medio-evo. Nel Rinascimento la stazionarietà della popolazione apparisce di nuovo come un fatto costante. Come ai tempi di Augusto, l'Italia di Leone X contava appena la quarta parte della sua popolazione presente, e ciò non le impediva di dominare spiritualmente il mondo. Quella stazionarietà durò poi quasi fino alla rivoluzione francese. La Sicilia che nel 1570 contava circa un milione di abitanti, nel 1714 ne aveva appena 1.123.163, e lo Stato della chiesa che nel 1656 aveva 1.870.000 abitanti nel 1708 ne aveva 1.950.000. Anche la popolazione delle nostre grandi città nel 1600 si mostra stazionaria, ad

eccezione di Roma, che da 100.000 abitanti nel 1600 salì a 140 mila nel 1700 (1).

***

Colla rivoluzione francese le cose cambiarono radicalmente. Perdurò l'incompetenza assoluta dello Stato a favorire o reprimere l'incremento della popolazione; ma per effetto dei nuovi principi politici e specialmente di quello della sovranità popolare e più ancora per effetto della vittoria del reddito mobiliare sul reddito fondiario, che favoriva la creazione di una numerosa classe operaia, lo sviluppo demico ad oltranza, cioè il processo di densità demica crescente, divenne fattore precipuo della civiltà, tanto che gli Stati apparvero, come tuttora sono, caratterizzati dalla mania della massima densità della popolazione. L'etica e la religione cristiana, che ripresero un grandioso sviluppo dopo la rivoluzione, specialmente nel campo dei rapporti sessuali, favorirono largamente quella concezione dello sviluppo demico. La scomparsa della piccola industria, le ferree leggi dei salario e le esigenze primitive del capitalismo aggravarono tanto la condizione del proletariato che si rese necessaria una reazione dottrinale. E questa sorse appunto in Inghilterra, dove già da tempo il precetto *crescite et multiplicamini* si era saldamente imposto, perfino nelle classi dirigenti, a differenza di quanto avveniva in Francia prima della rivoluzione. Anche il processo economico capitalistico in Inghilterra si era rapidamente sviluppato, e perciò là soltanto poteva manifestarsi la reazione. Non era certo possibile che ritornassero in onore i freni repressivi dell' antichità, nè i freni preventivi, che la morale cristiana rafforzata condannava inesorabilmente. Quindi la reazione, apparsa per opera di un pastore anglicano, Malthus — il quale nel 1798 pubblicò un saggio sulla popolazione diventato celebre — dovette assumere forme blande e larvate.

Per coonestare il suo audace tentativo d' impugnare un precetto fondamentale dell'etica degli Stati cristiani, il Malthus cercò di dare forma scientifica alla sua opinione o almeno di basarla su osservazioni di fatto. Fu infelice nella formulazione della sua teoria perchè scelse la forma matematica volendo fare maggiore impressione. Egli disse infatti, che mentre la produzione aumenta in proporzione aritmetica la popolazione si accresce in proporzione geometrica. Ciò gli attirò subito vivaci confutazioni, che oggi ancora si ripetono, perchè la teoria economica di Malthus ha dato luogo ad una questione periodica che di tanto in tanto si riprende, si discute, ma non si risolve mai.

Qui però importa analizzare le cause psicologiche di quella questione e del suo periodico rinascere.

All'epoca di Malthus dominava in Inghilterra una teoria eco-

(1) Beloch. Studio citato.

nomica che dimostrava i vantaggi dei salari minimi e la necessità per lo sviluppo delle industrie di favorire l'abbondante prolificazione dei lavoratori. « E' solo la fame », scriveva Towsend nel 1736, « che può spingere il povero al lavoro: egli non conosce nè ambizione nè onore; la stessa imprevvidenza sua è provvidenziale, perchè è dessa che lo sottomette al capitalista ». E James Stewart nel 1767 diceva: « Il numero degli operai deve essere accresciuto e il prezzo delle loro sussistenze esacerbato con imposte, affinchè il salario sia ridotto ad una misura conveniente *to a proper standard* » (1).

Mentre imperavano queste teorie economiche, che certo erano vere e necessarie per creare la classe dei salariati a vita, condizione di sviluppo del capitalismo — altrimenti gli artigiani non si sarebbero assoggettati a quel giogo — è ben naturale che i rappresentanti dell'etica e della religione, come il pastore Malthus, da un lato contribuissero a rassodare la teoria dell'abbassamento dei salari, dall'altro cercassero di moralizzarla. E Malthus senza dubbio fece il suo dovere di moralista. Egli che constatava la naturale reazione dei sacrificati alle esigenze della nuova fase economica e che prevedeva il fenomeno del pauperismo, doveva escogitare una teoria che esonerasse moralmente i padroni dalla taccia di crudeltà e spiegasse la miseria crescente delle plebi come fatto naturale, come il portato dei voleri di Dio, come un'esigenza della natura umana. La causa del pauperismo fu da lui trovata: non la volontà di dominio dei padroni, non lo sviluppo della grande industria, come confessavano cinicamente gli economisti, ma la stessa natura voleva che una parte degli esseri che vengono al mondo fossero condannati alle fame per insufficienza dei mezzi di nutrimento. Però, egli soggiungeva, la morale offre un correttivo a questo naturale squilibrio: l'uomo può astenersi dal procreare. Ecco la scappatoia mediante la quale il pastore di Halleybury tranquillizzava la sua coscienza. Egli non impugnava, no, direttamente il precetto divino; ma combatteva gli economisti che esigevano l' abbondante prolificazione; dimostrava essere prudente adattarsi con un metodo eroico all'insufficienza dei mezzi di nutrizione.

Però, nonostante la sua evidente utilità, questa teoria che veniva ad assolvere i capitalisti da ogni responsabilità per la miseria dei lavoratori, non poteva essere accettata, perchè urtava, purtroppo, contro un esplicito precetto divino, che imponeva la moltiplicazione. E questa sola è la ragione per cui la teoria di Malthus fu sempre ed è tutt'ora confutata. I seguaci del materialismo storico dovrebbero meditare su questa impotenza di una teoria utilissima alla classe dominante, ma condannata perchè immorale.

A più forte ragione si attirò critiche e disprezzo il neo-malthusianismo, che peggiorando la teoria di Malthus proclamò la

(1) Tolgo queste citazioni da un dotto studio del prof. Nitti, *L'economia degli alti salari*, nella *Riforma Sociale* del 10 ottobre 1895.

formula « amate ma non generate ». In fondo potrebbe anche sostenersi che la castità forzata, consigliata da Malthus, non è immorale, perchè se contrasta col precetto ebraico è conciliabile coll'interpretazione postcristiana di esso dataci da san Paolo, che lasciò adito all'equipollenza del celibato ascetico.

Eppure noi abbiamo avuto questo fenomeno nel secolo XIX; il malthusianismo puro fu confutato come teoria e il consiglio di Malthus fu respinto come un rimedio eroico inattuabile; mentre il neo-malthusianismo condannato anche più severamente dall' etica e dalla scienza intera si è imposto di fatto e si è esteso anche nel mondo anglosassone, dove il culto della Bibbia, cioè non solo del nuovo, ma anche del vecchio Testamento, ha raggiunto un grado di feticismo insuperato nei paesi latini. Oggi poi si tenta in ogni modo di giustificare quel fatto immorale, e nelle Riviste inglesi e americane più ortodosse la questione viene spesso trattata colla massima serietà dal punto di vista dell'igiene, dell'etica e dell'economia. Ed invero, dato un fatto che tende a diventare generale e costante, è ben necessario che la scienza e l'etica stessa si adoperino a costruirne la teoria! Ma come è possibile legittimarlo? Ogni giustificazione non suonerebbe rovina di una delle basi dell'etica giudaico-cristiana? Ecco la ragione per la quale non potendosi giustificare direttamente il neo-malthusianismo, cioè la dottrina dei freni artificiali della procreazione, si cerca sempre di rimettere a nuovo la teoria economico-statistica malthusiana e la si discute ancora come sostenibile, sebbene molte volte confutata. Invano gli economisti si affaticano a dimostrare che quella teoria è falsa, perchè il preteso rapporto naturale e costante tra la potenzialità di aumento della specie umana e la potenzialità di aumento dei mezzi di sussistenza non esiste, perchè vi sono in Asia e in Africa immensi territori per l'espansione della specie, perchè storicamente non è mai esistita l'invariabilità del preteso rapporto, perchè in generale non vi può essere rapporto concreto tra due entità astratte trascendenti il tempo e lo spazio, e sopratutto poi perchè la produttività del lavoro è in continuo aumento e l'attuale limitazione della produzione agraria è una conseguenza del predominio del reddito mobiliare che opprime il reddito fondiario e di una serie di restrizioni giuridiche ed economiche destinate solo a presidiare il capitalismo. Invano gli economisti di ogni scuola e specialmente i socialisti dimostrano che il preteso aumento generale della popolazione non esiste, perchè la moltiplicazione senza freno é un fenomeno del solo proletariato ed era tale anche ai tempi di Malthus, e perciò il coefficiente di fecondità è sempre un prodotto della condizione economica dell'uomo e del sistema del salariato, non della sua natura fisiologica. Invano ancora gli economisti ebrei e i moralisti si scagliano contro « le oscene frenesie del neo-malthusianismo ed i nuovi precetti *de arte amandi* » che rovinerebbero totalmente l'etica sessuale giudaico-cristiana. A tutte queste obbiezioni i neo-malthusiani, che sentono sempre il bisogno di appoggiarsi sulla

teoria malthusiana, perchè nel campo etico non oserebbero sostenere a spada tratta la legittimità delle loro teorie, oppongono ancora che il supposto eccesso della produzione delle sussistenze non esclude l'eccesso reale della popolazione di fronte al vigente sistema di riparto delle sussistenze, perchè non vi corrisponde affatto un aumento di mezzi per i singoli individui; che d'altro lato quel preteso eccesso dei mezzi di sussistenza prodotti nell'economia moderna può ritenersi vero solo provvisoriamente e riguardo all'aumento dei viveri in complesso; ma va tenuto conto della diminuzione crescente delle terre coltivate a grano e quindi del costo del pane e di altri viveri che finora sono stati il mezzo quotidiano e principale di alimentazione delle classi povere.

Dunque, nonostante lo sviluppo del neo-malthusianismo, la necessità di punire l'aborto rimane salda tra le credenze dominanti.

E' convinzione generale che il fatto sia punito per ragioni di tornaconto economico-politico. Lo Stato moderno sente o crede di sentire il bisogno di avere ad ogni costo gran numero di soldati, di operai, di famiglie da esportare per la colonizzazione, allo scopo di soddisfare la sua mania dei chilometri quadrati, come la chiamò il Novicow. In fondo l'impalcatura etico-religiosa del reato di aborto serve a mascherare il tornaconto politico, che esige l'eccesso relativo di popolazione, perchè vi possa essere lo sfruttamento di esso da parte dei meno prolifici a danno dei più prolifici.

Ma l'economia odierna ha più ragione di secondare e difendere quelle esigenze politiche? Non deve essa anzitutto cercare di giustificare i fatti economici? Non è un fatto che nella fase odierna capitalistica, la quale tende all'economia degli alti salari e favorisce l'organizzazione operaia, gli operai associati e i meglio trattati sono tutti neo-malthusiani? Data la crescente ed invincibile tendenza dei proletari salariati ad imitare la borghesia superiore, può ancora sostenersi una teoria destinata a favorire lo sfruttamento dell' eccesso di popolazione? Coloro che sostengono l'utilità dell' incremento ad ogni costo della popolazione sono ormai soltanto i socialisti, i quali sperano di trarne vantaggio. Ma se l'attuale ordinamento economico non accenna a cadere, perchè sarebbe ancora illecito rimediare all'eccesso della popolazione sul capitale, che tutti riconoscono evidente? Perchè contrastare impulsi sentimentali che diventano sempre più diffusi?

Qui però ci si presenta una questione.

Di quale natura sono siffatti impulsi? Si tratta forse di una rinascenza dello spirito ariano, di una segreta protesta contro l'etica giudaico-cristiana? Così parrebbe a tutta prima, ma non v'è motivo di crederlo, perchè il diritto di amare senza procreare finora è disconosciuto anche nei paesi dove il neo-malthusianismo è largamente applicato. Quindi, scartata l'ipotesi di una corruzione o rivoluzione dei costumi sessuali, è necessario ricorrere ad altre spiegazioni, previo un esame dei fatti.

*
* *

Mentre ferveva la questione sovraesposta nel mondo degli economisti, gli statisti credettero di avere scoperto che in fatto di popolazione la Francia era una terra misteriosa, perchè ivi la popolazione invece di raddoppiare in breve tempo secondo le leggi dettate dalla scienza, restava stazionaria, se pure non decresceva.

La prima spiegazione del fenomeno doveva essere quella che ivi la immoralità del neo-malthusianismo fosse passata dal campo teorico alla pratica e diventata legge demografica nazionale. Ma questa ipotesi fu tacitamente respinta da tutti gli studiosi, non potendosi ammettere che una nazione cristianissima avesse tale primato di immoralità, tanto più che sarebbe scomparsa l' immoralità stessa di fronte al fatto generale. La scienza che doveva rispettare e difendere l'etica vigente, si affrettò ad escogitare teorie assolutamente diverse, che allontanassero il dubbio di una corruzione volontaria dei costumi. Fu una ridda di teorie antropologiche, fisiologiche, ostetriche, sifiliatriche, biologiche tutte destinate a spiegare la disgrazia naturale della Francia, ma tutte animate dal segreto intento patriottico di spronare i francesi a dare una smentita coi fatti alla supposta sterilità naturale. A questa curiosa pedagogia biologica si opposero teorie serie destinate semplicemente a spiegare i fatti, non a provocarne la correzione automatica; ma tutte partirono ancora dal presupposto che il fenomeno fosse eccezionale. Si ebbero così la teoria fisica, la psicofisica, la demopsicologica, la economica e la socialistica (marxista). E' strano che nessuno di tanti studiosi avesse ritenuto possibile riconnettere il fatto francese ai suoi precedenti storici e che nessuno avesse ricordato la stazionarietà della popolazione giuridica nell'antichità classica. La suggestione dello spirito semitico perdurava piena e inavvertita.

Finalmente la statistica stessa stabilì i fatti per risolvere la questione. Essa dimostrò anzitutto che il problema non era francese, e che non lo si poteva studiare dal punto di vista della nazionalità senza attribuire ingiustamente ed erroneamente caratteri speciali alla nazione francese. Le pretese cause antropologiche e patologiche non esistevano solo in Francia; la piccola proprietà ed il desiderio di conservarla si trovano anche in altri paesi a forte natalità; il regime delle successioni era quasi identico in tutta Europa e quindi non poteva influire dannosamente solo in Francia, ecc. Anche la pretesa legge che l'attività intellettuale progrediente non può svolgersi che a detrimento dell' attività generatrice fu dimostrata doppiamente falsa; sia perchè il progresso intellettuale si ha come in Francia, anche in altri paesi a forte natalità, sia perchè nella Francia stessa la diminuzione deplorata delle nascite si verificava precisamente nelle classi industriali e meno dedite agli studî.

Sbarazzato così il terreno da tutte le teorie tendenziose, la statistica, per merito principale dell' ingegnere Caurdelier, che pub-

blicò un grosso volume sulle leggi della popolazione (1), potè costruire la nuova teoria.

Il Caurdelier dimostrò che il fenomeno della stazionarietà della popolazione è generale o tende a divenire tale nei paesi più civili. Tutte le cause che aumentano la facilità di procurarsi le risorse necessarie alla vita eccitano la fecondità: tutte quelle che diminuiscono la prosperità di una nazione diminuiscono pure la fecondità e natalità. Infatti la statistica ufficiale dei paesi più civili prova che in Europa la natalità e la nuzialità aumentarono dal 1841 al 1875 e diminuirono dal 1875 al 1892. Le guerre e le crisi economiche ed industriali sono sempre accompagnate da forti diminuzioni di fecondità; il rialzo degli affari, delle industrie e della prosperità nazionale produce subito aumento di natalità.

Così, ad esempio, la crisi economica e industriale inglese del 1882-89 e quella del 1890-92 causata dalla crescente concorrenza tedesca fecero ribassare la fecondità del 43 e 44 per mille nei dipartimenti del mezzogiorno e nel centro della Francia, dove il danno maggiore si era prodotto. Questi ed altri fatti raccolti dal Caurdelier dimostrano che la diminuzione o l'aumento della fecondità sono sempre fatti volontari connessi ad avvenimenti economici.

Non esistono dunque leggi di popolazione invariabili, nè fisiche, nè biologiche, nè economiche, che colpiscano una data società intera.

I due fenomeni, aumento e diminuzione, che si alternano continuamente, però con tendenza del secondo a prevalere, vanno studiati non per Stati, come finora hanno fatto ingenuamente gli economisti e statisti, ma per *gruppi* sociali, perchè nello stesso paese ad una diminuzione di fecondità nella classe industriale o parte di essa può corrispondere talora un aumento nella classe agricola, in altra industria o viceversa. Ogni periodo storico ha la sua legge di popolazione, frazionata per gruppi sociali o classi; e il vero criterio è dato dal movimento dei gruppi stessi. Quindi è sempre vano parlare di rimedî, essendo in qualsiasi caso automatico il possibile rimedio: una politica della popolazione non potrebbe risorgere se non col ripristino dell' etica greco-romana. Quando sorge una nuova industria v'è aumento di fecondità; quando diminuisce il numero degli impiegati in un altra, c'è riduzione corrispondente di fecondità. L'errore dei demografi di studiare il problema dal punto di vista di uno Stato o anche dell' umanità intera non potrebbe essere più grossolano. Gli stessi socialisti che hanno scoperto le cause economiche del movimento s'ingannano ritenendo che la popolazione industriale sia destinata ad esercitare colla sua maggiore o minore natalità a seconda dei casi un' azione preponderante sul destino etnico del popolo intero. Essi s'ingannano quindi quando credono che le cause etico-psicologiche che direttamente producono il fenomeno (apprensione egoista delle cure che esigono

(1) CAURDELIER. *Le lois de population*, Paris, Guillaumin, 1900.

i figli, previdenza di disagi economici, ecc.) siano determinate soltanto da cause economiche. Postici una volta sulla strada del determinismo, cioè riconosciuto che la volontà di fecondità o di sterilità non è mai libera, manca la ragione di fermarci ad una causa prima economica. Perchè l' ambiente economico dovrebbe essere creatore di dati sentimenti relativi all' etica sessuale, senza essere a sua volta prodotto di altri sentimenti di qualità diversa, ad es. giuridici e politici? La sociologia più recente ci dice, che se esiste una causa prima dei fenomeni sociali non è certo economica, perchè a lor volta i fatti economici hanno cause determinanti per lo più politiche. Dunque perchè ostinarci a sostenere un determinismo storico incompleto? forse per secondare le finalità catastrofiche del marxismo? forse per dimostrare meglio la necessità e utilità della lotta di classe? Non gioverebbe assai più riconoscere che l' ambiente economico non è un fatto obbiettivo, ma una creatura nostra, che noi possiamo dirigere, quando lo vogliamo, sulla strada della giustizia? E posto che il tornaconto vince spesso di fronte all'ideale di giustizia, perchè ostinarci ad insegnare alle classi operaie che i freni preventivi, artificiali sono sempre un male e che per essere tollerati debbono *seguire* le crisi economiche? Perchè la previdenza sessuale non potrebbe precedere i fatti economici? Perchè non potrebbe essere coordinata a finalità politico-economiche?

(Continua).

RECENSIONI

A. Vaccari — **A proposito dell'influenza del tabagismo sulla gravidanza.** (La Ginecologia - Fasc. 10, 31 Maggio 1908).

Nella tanto discussa e controversa questione dell'influenza deleteria che il tabagismo esercita sull'apparecchio genitale in genere della donna ed in special modo sulla gravidanza, l'A. interviene con una casistica di 59 casi, in persona di operaie della Manifattura Tabacchi ricoverate lungo la gravidanza nella Clinica Ostetrica di Torino durante l'ultimo ventennio.

Orbene dai dati statistici raccolti, donde resulta che solo 16 di queste 59 donne finirono la gravidanza con aborto (6) o con parto prematuro (10), (per altro in ben 12 casi artificialmente provocati, oppure dovuti ad infermità o lesioni ben differenziate non certo da imputarsi a tabagismo); e che, delle 310 gravidanze, che complessivamente queste donne per tutta la loro passata vita sessuale avevano avuto, ben 241 erano andate regolarmente a termine, e solo 16 erano finite prematuramente e 53 con travaglio abortivo, l'A., dopo opportune considerazioni critiche, crede di poter concludere. senza giungere agli eccessi di Parent, Duchatelet e D'Arcet, i quali affermano *salutare* il soggiorno nelle Manifatture da Tabacchi, che le donne addette a questo lavoro vanno soggette alla interruzione spontanea della gravidanza con una facilità e frequenza non certo superiore a quanto si ha nella collettività delle donne.

Rebaudi.

L. Trepsat. — **Èpilepsie et menstruation (Recherches cliniques)** (L'Encéphale Juin 1908, N. 6).

Allo scopo di delucidare la questione ancora controversa, se la mestruazione esplica sul numero degli attacchi epilettici un'influenza deleteria oppure favorevole. l'A. ha ritenuto opportuno tenere in attenta osservazione per 21 mesi, previe opportune indagini anamnestiche. diciotto epilettiche adulte ricoverate nell' Asilo di Evreux. Dalle sue osservazioni può concludere che:

1. — Nelle donne adulte in piena attività sessuale le crisi epilettiche si riscontrano più frequenti durante i periodi catameniali, insorgendo con maggior frequenza asseriate negli ultimi giorni del flusso sanguigno e nei due o tre giorni che ne lo seguono. Le vertigini in queste donne sono nettamente aumentate durante i catameni.

2. — L'epoca della pubertà subisce nelle donne epilettiche generalmente un ritardo; una volta poi iniziatasi, le mestruazioni riscontransi spesso irregolari; nel periodo di menopausa poi le crisi epilettiche hanno tendenza a perdere il loro carattere di parossismo cronico.

3. — In un gran numero di epilettiche si devono notare durante i periodi catameniali una serie di disturbi psichici (agitazione o depressione).

Per modo che potrebbe ritenersi d'una qualche utilità terapeutica in queste inferme l'opoterapia ovarica, già usata con buon resultato da Breman, Toulouse e Marchand.

Rebaudi.

M. Friedmann. — **Le indicazioni alla interruzione della gravidanza in alcune infermità psichiche** (Deutsche Mediz. Wochensch, 21 Maggio 1908).

Comunemente si procede alla interruzione della gravidanza solo in alcune forme inquietanti di psicosi, che trovano la loro causa efficiente nello stato gravidico: Friedmann, seguendo gli insegnamenti di Jolly. Pick, pone quale indicazione doverosa alla provocazione dell'aborto anche la cosidetta *reazione psicopatica.* E'

questa reazione psicopatica uno speciale staso ansioso talora anche allarmante molto, che assale alcune donne psicopatiche ed a minima resistenza organica alla sola idea del prossimo travaglio di parto. E' un timore, una paura continua che opprime tali donne, è una vera ossessione, che talora piglia così gravi proporzioni da condurle al suicidio,

Reazione psicopatica solamente e non vera psicosi, giacchè ogni sintomo si dilegua rapidamente non appena la donna ha spontaneamente partorito o le si è praticato il parto prematuro o l'aborto.

Per questa considerazione appunto, e poi ancora perchè si accentua ogni giorno più l'aggravarsi nelle condizioni generali organiche e nelle condizioni psichiche, ed è facile il suicidio pur esercitando un' attiva sorveglianza, è sempre utile l'intervento più o meno immediato, a seconda delle condizioni dell'inferma, colla interruzione artificiale della gravidanza.

Friedmann in 5 casi da lui trattati colla provocazione dell'aborto ottenne la guarigione completa.

Rebaudi.

R. Massalongo. — **Il problema sessu le** (Il Ramazzini - Maggio 1908, Fasc. 5)

L'A. in questo articolo tratta, sviluppa. commenta con diverse argomentazioni le sue idee su questo interessantissimo problema sociale, compendiate tutte nell'Ordine del giorno da lui presentato al *Congresso Sanitario* Interprovinciale dell'Alta Italia, Trento e Trieste, tenuto in Parma nel Settembre scorso, e che qui integralmente trascrivo:

« Il Congresso Sanitario dell'Alta Italia Trento e Trieste tenuto a Parma nei giorni 18-21 Settembre, riconosciuto in modo indiscutibile che. la questione sessuale è grave ed urgente problema non solo filosofico ed educativo, ma ancora, e forse più. igienico e sociale, dimostrato che i precoci abusi ed i pervertimenti della funzione sessuale sono purtroppo rigogliosa sorgente di innumerevoli e multiformi manifestazioni patologiche del corpo e dello spirito, dell'individuo e della specie, esprime convinto parere sull'urgenza di una radicale riforma dei metodi d'insegnamento, informandoli ai principî della biologia, della fisiologia, e sulla necessità dell'istruzione nelle nostre scuole intorno i principali fattori dell'umana esistenza, compresi quelli della generazione e della sessualità, abbandonando così a questo riguardo le utopistiche basi della vigente pedagogia e ciò allo scopo che giovanetti e giovanette apprendano all'epoca della pubertà, quando va sviluppandosi l'organismo psico-sessuale con tutte le tumultuarie sue estrinsecazioni. l'alta missione della riproduzione e dell'amore e conoscano la santità del tesoro di cui sono depositari ed i pericoli gravissimi della Venere precoce e solitaria, preservandoli così dalla corruzione e da brutali attentati, proclama il sacrosanto diritto dei nostri figli di essere protetti contro qualunque contaminazione e contro ogni attentato sessuale ed il dovere della Società di organizzare e determinare la loro protezione ed incarica l'Illustre Presidente del Congresso di comunicare questo ordine del giorno a S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione. »

Rebaudi.

M. Bouchacourt. — **Sur la valeur médico-légale de la radiographie chez le nouveau-né** (Société d'Obstètrique de Paris, 18 Giugno 1908).

Facendo seguito ad altre sue comunicazioni, in cui ha dimostrato l'utilità dell'esame radiografico nella determinazione se un neonato ha o no respirato, viene a riferire che in questo esame occorre tener presente varie cause di errore.

Nel torace di bambini che non hanno vissuto non è possibile differenziare nel più dei casi coll'esame radiografico alcun organo, salvo in tre casi speciali: nel caso si siano avuti movimenti inspiratori intrauterini (od almeno intravaginali), nel caso si sia fatta l'insufflazione, tanto frequente nelle maternità, e nel caso si abbiano processi putrefattivi, con produzione di gas entro i polmoni.

L'esame radiografico dell'addome può essere anch'esso causa di errore, giacchè lo stomaco anche in quei bambini che non hanno vissuto può contenere dei gas di diversa origine: od a causa di una insufflazione malamente condotta (tubo insufflatore introdotto nell'esofago. insufflazione da bocca a bocca), od a causa di processi putrefattivi; nel qual caso le anse intestinali pure sono nettamente deli-

mitate, trovandosi distese da accumuli sovente enormi di gas, tali da spingere fortemente in alto il diaframma.

Per modo che possiamo ritenere che tanto la permeabilità radiografica dei polmoni, quanto quella dello stomaco, indipendentemente da altri sintomi concomitanti, non possono risolvere con sicurezza il problema se un neonato ha vissuto o no di vita propria. Per contro possiamo affermare, che se in un neonato la radiografia dimostra nettamente i polmoni ed il tubo digerente. nonchè il cuore ed il fegato, desso ha vissuto ed anche per parecchi giorni di vita propria.

Rebaudi.

Due questionarii di Psicologia, Criminologia e Sociologia Ginecologica proposti dalla " Ginecologia Moderna "

Il problema dell' *astinenza sessuale* nell' uomo, ha testè appassionato vivamente fisiologi, igienisti e medici della Germania, della Russia, della Francia e d'altre Nazioni ed i giudizii, se non furono concordi, furono però utili per una sintesi conclusionale, ove si consideri che rappresentano le opinioni di scienziati della maggior fama quali Pflüger, Brieger, Strümpell, Hensen, von Leyden, Forster, v. Esmarch, Büchner, Gärtner, Neisser, Löffler, Pfeiffer, ecc.

Per rapporto alla donna due problemi pure ritengo che si impongano per l' importanza loro e per l' entità dei corollarii che se ne possono dedurre, quello della *sensibilità sessuale* e quello dell' *aborto criminoso.*

A priori essi sembrerebbero indipendenti l'uno dall'altro, e come tali possono essere trattati, ma se bene e a fondo si considerano, apparirà come possa esistere fra l' uno e l'altro qualche nesso utile a rilevarsi sotto il punto di vista sociologico e medico legale.

È ormai universale presso tutti i popoli, e in seno a tutte le classi sociali la constatazione di un crescendo veramente grave e, oso aggiungere, spaventoso, dell' aborto criminale. La scusante del pubblico indifferente starebbe in un conflitto oggi più che mai accentuatosi fra i bisogni sessuali e le necessità economiche.

Le opinioni d' altronde relative alla *sensibilità sessuale* della donna in confronto a quelle dell' uomo e sulle *maggiori o minori necessità sue fisiologiche sessuali* sono tuttodì così disformi, incerte e contradditorie da richiedere ora più che mai di essere largamente dilucidate.

Così, ad esempio, è una credenza generale che a seguito dell'ablazione dell'utero e della ovaja subentri gradi gradi nella donna l' insensibilità sessuale.

Orbene io ho potuto raccogliere 14 casi nei quali all' incontro si ebbe tale esagerazione nei bisogni sessuali da costituire una vera forma morbosa non solo, ma da dominare la vita morale e famigliare delle pazienti, tanto che due furono causa del suicidio del

marito, una divenne delinquente, e quasi tutte le altre furono l'origine di gravi squilibri morali e materiali delle relative famiglie.

Molte e di grande entità possono quindi essere le applicazioni che, dalla soluzione anche incompleta di tali quesiti, si possono fare nel campo della psicologia, della medicina legale e della sociologia ginecologica.

La *Ginecologia Moderna* quindi ritiene di compiere un' opera utile proponendo ai suoi lettori, ginecologi, igienisti, medici legali, psichiatri, fisiologi, giuristi il seguente questionario di cui verranno man mano pubblicate nei futuri numeri le risposte, che raccomandasi siano il più che è possibile concise:

1.° Quale è la vostra opinione per rapporto alla sensibilità sessuale della donna in confronto a quella dell' uomo?

2.° Quale è la vostra opinione sulle maggiori o minori necessità sessuali della donna in rapporto alla età e alle condizioni sue sociali?

3.° In quali proporzioni e perchè ritenete voi aumentati gli aborti criminali?

4.° Quali sono i rimedî che proporreste contro l' aborto criminale?

Genova, 27 Dicembre 1907.

BOSSI.

Risposta del Prof. E. Bonardi.

I. La sensibilità sessuale confrontata nei due sessi.

In questo punto bisogna distinguere la *sensibilità puramente biologica*, ricondotta agli elementi inferiori del *piacere* e del *dolore* fisico, organico, dalla *sensibilità superiore, psichica,* intesa come parte fondamentale della *sfera emotiva*.

La prima forma di sensibilità è *senza alcun dubbio inferiore nella donna;* e deve essere così, perchè *non necessaria* alla fecondazione, ossia al fine supremo della conservazione della specie. L' accoppiamento, non idealizzato dall'*amore* nelle sue espressioni superiori, psico-etiche, è un atto sudicio, non certamente attraente. Cosicchè la *femmina umana*, parte puramente passiva nell'atto del-

l'accoppiamento, non ha bisogno di un *piacere sessuale*, ossia di specifica sensibilità sessuale.

Ne ha, invece, *bisogno assoluto l'uomo*, come stimolo all'erezione ed al lavoro non indifferente che precede l'emissione del seme (lavoro *assai minore* nei mammiferi, anche in quelle specie in cui l'atto dell'accoppiamento è preceduto da un più o meno galante corteggiamento del maschio verso la femmina).

La *sensibilità sessuale superiore, psichica*, all'opposto, è, a parer mio, *assai maggiore, più intensa, più fina, nella donna*. Non è possibile, anche in questo campo, segnare il confine fra il *normale* ed il *patologico;* non solo! ma in questo campo è più facile che in altri il varcare il confine che separa il *buono*, il *retto*, l'*elevato* dall'*eccesso*, dalla *violenza*, dalla *degenerazione*. Nessuno negherà che le *degenerazioni psico-sessuali* siano tanta e fondamentale parte della patologia mentale umana.

E' però un fatto che la donna normale, moralmente normale (e la credo rara), la donna che si dà all'uomo non per calcolo, per basso interesse, per mire oblique d'ambizione, o di vendetta, ma per alto e puro amore, condensa nel piacere sessuale tutta la sua spirituale dedizione. Ed allora è tutta un'anima, tutta una sintesi di emozioni lungamente coltivate e compresse, che vibra, e nobilita ed imparadisa una funzione tanto lontana dallo spirito.

Credo quindi sapientissima la sentenza di Aristotile: l'*amore non è l'accoppiamento; ma non è senza di esso!*

II. In quanto ho più sopra detto è inclusa anche la risposta alla *seconda questione*.

Tutto il *valore dell'educazione* della donna consiste nel ripristinare la sincerità dei rapporti coniugali, intesi in senso alto.

Invece della *monachella*, cogli occhi bassi, falsa organicamente e psichicamente, apparentemente dolce, remissiva, ma di fondo prepotente ed avida; invece del *nervosismo ereditario*, peggiorato dalle *ipocrisie* di collegio e di convento, peggiorato fino al *saffismo* ed all'*isterismo ciurmadore* e *perverso;* invece di questo spaventevole insieme che la falsa e bigotta e miope educazione borghese prepara ai futuri campioni delle classi dominanti, ad edificio di una famiglia di cui sono condizioni fondamentali il *contratto dotale* e le *corna*, allevare la giovane sana di corpo e di mente, per modo che rechi allo sposo tesori di salute, d'amore disinteressato, di devozione e di sacrificio per la famiglia. Da consimili talami scenderanno i campioni di alte virtù civili, patriottiche e sociali!

III. Quanto all'*aborto* detto criminale, il mio pensiero è da molto tempo reciso. Per me una *Società* che pretende di avere il diritto di punire con pene enormi un procurato aborto, mentre tollera, non solo, ma favorisce, incoraggia le *pratiche malthusiane*, una Società consimile è stupida ed ipocrita.

Che differenza passa, biologicamente, moralmente e socialmente, fra l'*impedire la fecondazione* ed il ***troncarne lo sviluppo,*** in uno stadio affatto zoologico, quale è quello dell'embrione umano dopo qualche settimana dal concepimento? Sostanzialmente ***nessuna differenza.*** Il dire che quell'embrione diventerebbe poi un feto, un bambino, un uomo, è dire ***una banalità.*** Anche la fecondazione che si impedisce con pratiche malthusiane potrebbe approdare ad un nuovo Omero o ad un Newton ***più vero e maggiore.***

Ed è purtroppo naturale, logico, che una Società la cui morale è inquinata da contraddizioni consimili *si dimostri feroce* contro reati che non sono reati, e che, ad ogni modo, sono la conseguenza evidente delle ingiustizie intollerabili che costituiscono l'essenza della vita sociale.

Poichè, come dissi sopra, l'***asse della famiglia borghese ha per poli il contratto dotale e le corna conseguenti;*** l'***amore,*** la ***simpatia,*** la ***stima,*** l'***omogeneità del pensare e del sentire,*** le alte qualità morali, che dovrebbero formare l'essenza di una felice e prospera unione coniugale ***sono sprezzate e bandite.***

E quando non lo sono, quando, malgrado tutto, trionfano, pur essendo codesto il trionfo di cose alte e nobili, le sue conseguenze sono... ***spesso una gravidanza illegittima!*** Una certa antropologia criminale, affrettata e semplicista, ha precipitato nel sentenziare sempre bassa, viziosa, degenerata la gravidanza illegittima! Non sempre, no! E forse neppure nella maggior parte dei casi! Ad ogni modo quella brutta e cinica megera che è la ***morale borghese*** non fa distinzioni, lancia l'anatema, e non concede scampo nè speranza alla caduta!... Che meraviglia, dunque, che la disgraziata interrompa la sua gravidanza? Se essa fosse una tubercolosa, una cardiaca, non verrebbe dal medico stesso la proposta di aborto? E perchè sarà esso un reato per una vita completamente fallita, affamata, disperata, cento volte più triste e pericolosa d'ogni malattia fisica?

Milano, *Agosto 1908.*

MATTEO OPPECINI, *Gerente responsabile.*
STAB. TIP. G. B. MARSANO, *Corso Buenos Ayres, 21 - Genova.*

ANNO I. SETTEMBRE 1908. FASC. 9

LA GINECOLOGIA MODERNA
Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia
E DI
PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

PARTE I.
OSTETRICIA E GINECOLOGIA

DOTT. PIETRO CAVIGLIA
già primo Assistente alla Clinica Ostetrica Universitaria,
Direttore del Dispensario per lattanti di Torino

I VOMITI DELLE GRAVIDE
e, in genere, le autointossicazioni gravidiche
curate coll'acqua di mare per enteroclisi

Quella massa liquida, o plasma, che occupando gli interstizi fra cellula e cellula forma l' atmosfera liquida degli elementi dello organismo umano; che del corpo umano è, in peso, più della terza parte; che rinnovandosi continuamente provvede senza posa alla irrigazione dei tessuti organici; quel plasma ha una composizione chimica la quale, salvo un differente grado di concentrazione, è quasi identica alla composizione chimica dell' acqua di mare.

E questa identità non è casuale, come nulla è casuale in natura. Il primo essere animale che apparve sul globo terracqueo, quando la terra via via raffreddatasi si trovò a tale temperatura da rendere possibile la vita, cioè a 44 gradi, e quando la terra era tutta o quasi tutta ricoperta dalle acque del mare, fu necessariamente una cellula vivente nel mare, un elementare animale marino. Quando poi nelle successive evoluzioni e migrazioni alcuni animali abbandonarono il mare, essi portarono in sè e conservarono quasi immutato attraverso alle generazioni e ai secoli il plasma di origine marina.

Questa la teoria di Renè Quinton. Dalla quale è derivata naturalissimamente l' induzione che l' acqua marina, per uso interno, sia un ottimo mezzo di reintegrazione del plasma intercellulare viziato da intossicazioni, un mezzo per far respirare alle cellule del nostro organismo quella che io chiamerei l' *acqua nativa.*

A dire il vero la terapia dell' acqua di mare per uso interno è tutt' altro che una novità. Ne fa menzione Ippocrate, che la consigliava per bocca e per clistere, e se ne trova cenno qua e là negli scritti medici di ogni tempo. Ma l' uso del medicamento così largamente offertoci dalla natura non tenne mai un posto nella terapeutica medica: mancava in passato un indirizzo scientifico alla cura, indirizzo che possediamo da poco tempo, perchè esso deriva da due nozioni entrambe acquisite da poco tempo alla scienza: la nozione dell' identità del plasma del corpo umano coll'acqua di mare, e la nozione dell' auto-intossicazione organica.

Assodata su questi fondamenti scientifici, la cura dell' acqua di mare si diffuse notevolmente, in ispecie in Francia, trovando applicazione in malattie svariatissime, là dove l'auto-intossicazione ha una parte importante: nella tubercolosi, nelle enteriti, nell'eczema, nelle dispepsie, nella neurastenia, nel morbo di Bright, ecc., praticata esclusivamente o quasi per via ipodermica (1).

Ora si noti che l' ipodermoclisi ha parecchi, e non lievi, inconvenienti: anzitutto il dolore di numerose iniezioni, che sono di regola di 200 cc. cadauna, e in una cura possono anche oltrepassare la trentina; poi la febbre, i brividi ed il malessere che seguono quasi sempre alla iniezione; le non poche difficoltà per ottenere il liquido in uno stato di asepsi rigorosissima (raccolta a parecchi chilometri dalla spiaggia, a profondità di 10 metri, travasamento con precauzioni meticolose in fialette da chiudere alla lampada, ecc., ecc.); e non è possibile rassicurarci mediante la sterilizzazione col calore, perchè questa distrugge l' azione benefica dell' acqua marina.

Tutti questi inconvenienti sono di tale momento, che è da meravigliare come non abbiano impedito il propagarsi della nuova terapia. Se l' uso dell' acqua marina ha fatto così evidenti progressi non ostante questi gravi ostacoli, bisogna ben credere che questo sistema terapeutico sia dotato di virtù veramente eccezionali.

Ma per quanto grandi possano essere i vantaggi del sistema, certo è che gli inconvenienti ora accennati debbono necessariamente limitarne l' uso ai casi di una certa gravità. Che un tubercolotico, conscio della gravezza della propria situazione, si rassegni a subire 20, 30 iniezioni di 200 cc. ciascuna si comprende; ma non è molto probabile vi si sottoponga un infermo di affezioni cutanee leggere, o di un'emicrania, o di una enterite muco-membranosa; nessuno poi consiglierebbe ad una donna incinta disturbata da vomiti non gravi, ma molto molesti una serie di ipodermoclisi.

(1) Non son riuscito a trovare alcuna pubblicazione recente ove si parli della introduzione dell' acqua marina per la via rettale. Per ingestione fu praticata da Carles (Prov. med. 21 e 26 maggio 1906) e da Barrère (Thèse de Bordeaux 1907), ma convien credere che o per la ripugnanza del gusto, o per altri motivi, questo metodo non abbia dato buoni risultati. Come spiegare altrimenti che il metodo semplice, ovvio, naturale. dell' ingestione orale sia caduto, e sia rimasto invece il mezzo complicato, doloroso, della iniezione ipodermica?

Ed è per l' appunto la considerazione della grande utilità che mi parve dovesse avere questa cura nelle auto-intossicazioni gravidiche, e l'impossibilità di curarle coll'acqua marina a mezzo delle iniezioni, che mi consigliò di tentare a questo scopo la via della *enteroclisi*, cioè della introduzione lentissima del liquido nell' intestino retto, tanto lenta da permettere il totale assorbimento delle quantità necessarie alla cura.

Enteroclisi. — *Preparazione dell'acqua.* — Premetto che l'acqua, anche se destinata alla enteroclisi, deve essere raccolta a distanza notevole dalla costa e a parecchi metri di profondità. Però la miglior garanzia contro possibili inquinamenti ci è offerta, nel caso nostro, dal filtro Chamberland, il quale trattiene tutti i germi patogeni che possono trovarsi nell' acqua e una grandissima quantità dei non patogeni.

Così, se anche rimane qualche raro microrganismo, esso riesce perfettamente innocuo, come sono innocui i germi che si trovano nelle migliori acque potabili, e che possono senza nocumento raggiungere ed anche oltrepassare il centinaio per centimetro cubo.

E non è da pensare a riproduzione di questi germi dopo la filtrazione; perchè l' acqua marina ha poteri battericidi, pei quali i pochi batteri che poterono attraversare i pori del filtro non solo non aumentano, ma vanno sempre progressivamente diminuendo. Questo è stato il risultato di una indagine fatta dal dott. Brondi dell'Ufficio d'Igiene del Municipio di Torino, il quale, in ricerche batteriologiche fatte sull' acqua da me adoperata, trovò che i germi da 40 che erano per ogni centimetro cubo subito dopo la filtrazione, discendevano a 14 dopo 6 giorni, e a 4 dopo altri 23 giorni.

Filtrata l' acqua, la si diluisce con acqua pura di fonte. Ora quale sia il miglior grado di diluizione non ho potuto precisare ancora; probabilmente il grado di concentrazione deve variare da caso a caso a seconda che si richiede un' azione più o meno energica e a seconda della tolleranza dell' intestino. La massima parte delle cure fatte da me lo furono coll' acqua resa isotonica (e la isotonia si raggiunge mescolando 30 parti d' acqua di mare a 70 d' acqua di fonte; corrisponde quindi ad una diluizione in ragione del 30 %), ma recentemente trovai più efficace la diluizione al 50 per cento arrivando anche con intestini poco sensibili all' 80 per cento. Per ciò che concerne la quantità dell' acqua per ogni enteroclisi, la tolleranza dell' intestino può arrivare ai 300, ai 400 cc. ed anche al di là; ma la dose utile mi pare stia fra i 150 e i 250 cc.

Apparecchio e tecnica. — Preparata l' acqua, si tratta di farla penetrare nell' intestino retto riducendo al minimo le cause che possono eccitare la peristalsi intestinale: perciò è importante che la temperatura dell' acqua stia fra i 37^0 e i 40^0; che l' introdu-

zione avvenga mediante un catetere Nélaton (n.° 22 o 24) che non penetri molto profondamente; ma sopratutto il passaggio del liquido deve avvenire colla massima lentezza cioè col minimo di pressione.

A questo scopo appunto ho ideato il procedimento e l'apparecchio seguente:

Un recipiente di vetro ad ampolla, della forma indicata dalla figura in *A*, termina in alto con una piccola imboccatura e in basso si restringe ad innestarsi a un tubo di gomma, che a sua volta si collega al catetere Nélaton. In questo recipiente s'immette dall'alto un tubo di vetro che superiormente si apre ad imbuto (*B*) inferiormente sbocca ad apertura libera (*C*) nell'ampolla, dove questa si viene restringendo. Al disotto dell'apparecchio si colloca un vaso contenente acqua a circa 50° nella quale s'immerge un tratto del tubo di gomma. Nell'ampolla si versa il liquido da iniettare, sia direttamente, sia servendoci del tubo *BC* a guisa d'imbuto, tenendolo un po' sollevato onde dar esito all'aria. Versato il liquido, si fissa il tubo *BC* sulla imboccatura, al quale scopo i due pezzi sono opportunamente smerigliati.

Disposta allora la paziente su di un letto, coricata sul fianco destro, l'apparecchio è collocato a tale altezza che il punto *C* sia di pochi centimetri più elevato dell'ombelico. Si lascia defluire liberamente tant'acqua da riempire il tubo di gomma e il catetere cacciandone le bolle d'aria, e s'immette il catetere nel retto. Ed ecco in che modo le cose procedono.

Appena passato un po' di liquido nell'intestino, noi ci accorgiamo che la comunicazione tra l'apparecchio e l'intestino è bene stabilita da ciò, che nel tubo *BC* si vede il livello del liquido alzarsi ed abbassarsi alternativamente, con oscillazioni sincrone coi movimenti respiratorî.

Ora si possono verificare due condizioni diverse a seconda che l'apparecchio si trova collocato a maggiore o minore altezza per rispetto al corpo del paziente. In un primo caso, quando lo strumento si trovi abbastanza in basso, il livello del liquido, pure alzandosi e abbassandosi pei movimenti respiratorî, non scende mai al disotto del punto *C*: in questo caso l'apparecchio funziona come un manometro che indica la pressione intestinale e le sue variazioni, ma da esso non avviene effettivo passaggio di liquido

verso l'intestino (1). Nel secondo caso, ad apparecchio più alto, il livello del liquido nel tubo BC scende fino alla sua apertura inferiore C, e allora una bolla d'aria passa nell'ampolla A e una quantità corrispondente di liquido si sposta verso l'intestino. Sfuggita questa bolla, il livello si eleva di nuovo di un centimetro o poco più nel tubo BC, chiudendo automaticamente il passaggio C fino ad un successivo abbassamento, con nuovo passaggio di bolle d'aria. In sostanza l'apparecchio funziona come un irrigatore nel quale il livello superiore sia costante e si trovi all'altezza del punto C dell'apparecchio.

Una volta avviato il deflusso, la cui velocità ci è indicata dal passaggio successivo delle bolle d'aria, l'operatore mediante opportuni alzamenti od abbassamenti dell'apparecchio arriva a regolare così bene il sistema che ad ogni depressione espiratoria passano due o tre bolle d'aria. Se, per eccessiva quantità di liquido introdotto o per sensibilità patologica dell'intestino, questo reagisce contraendosi, la pressione si eleva, il livello si alza e il deflusso è arrestato per chiusura automatica dell'orifizio C. E non conviene allora elevare l'apparecchio, ma è opportuno attendere che la contrazione intestinale sia terminata.

Che se intervenissero, a brevi intervalli, contrazioni di qualche entità, queste indicheranno che il limite di tolleranza dell'intestino è stato sorpassato e converrà troncare l'enteroclisi che, prolungata, darebbe luogo ad una scarica evacuatrice.

Ma ciò, negli adulti almeno, succede molto di rado, la tolleranza arrivando facilmente, come ho detto, a 300, 400 cc. ed anche più, mentre per le cure delle quali sto parlando bastano circa 200 cc. per ogni applicazione. La velocità del deflusso deve essere tale che 200 cc. di acqua passino in 20 minuti od anche in mezz'ora.

Terminata l'enteroclisi, si raccomanda al paziente di non camminare a piedi, e possibilmente di rimanere sdraiato per un'ora o anche più: E' bene raccomandare che l'alvo sia vuotato poche ore prima dell'operazione.

I primi risultati. — M'affretto a dichiarare che, nell'esporre le prime risultanze del mio metodo di cura, io m'impongo quel massimo riserbo, che è doveroso per la scarsezza e per la incompletezza dei casi clinici, e mi guardo bene dall'argomentare dalla riuscita di pochissimi casi all'esito futuro di molti. Non ho altra intenzione se non di collegare i pochi risultati da me ottenuti e colle argomentazioni teoriche accennate in principio e coi risultati delle cure col metodo ipodermico, e dalla concordanza dei risultati miei colle une e cogli altri ricavare un incoraggiamento per me e

(1) La pressione intestinale si misura dalla distanza che intercede fra il livello del liquido nel tubo BC e un piano orizzontale che passa per l'ombellico del paziente il quale si trovi in decubito laterale. Questa pressione varia da individuo a individuo, da 0 a 15 cm. Durante l'enteroclisi che sto per descrivere, la pressione intestinale talvolta si mantiene invariata per tutta la durata dell'operazione, ma per lo più si eleva man mano di parecchi centimetri.

per altri a proseguire in questi studi. Questo e non altro è il concetto direttivo di questa parte del presente lavoro, che ha il semplice valore di una comunicazione preventiva.

A. – *Vomiti e ptialismo da gravidanza.* — 1.° Z. E. di anni 34 primigravida al principio del 7° mese. I vomiti durano dal primo mese della gravidanza con alternative di maggiore o minore intensità; nel 6° mese sono più molesti che mai: compaiono per lo più tre ore dopo il pasto con rigetto abbondante d'ingesti e non risparmiano nessun pasto. Evidentemente non tutto il cibo viene rigettato, e infatti lo stato generale della donna è abbastanza buono. È bene notare che la paziente andava da lungo tempo soggetta ad eritemi che il medico dermatologo attribuì a disturbi digestivi, e che persistono nell' attuale gravidanza.

Il 16, 17 e 18 giugno si praticano enteroclisi di 150, 200, 150 cc. di acqua di mare isotonica. Il secondo giorno la donna era felice per un gran senso di benessere; nausee e vomiti leggeri, tanto che tenne tutti i pasti. Dormì bene, ciò che non le accadeva più da lungo tempo. Dopo la terza i vomiti sono cessati rimanendo soltanto un po' di nausea; senso di depressione e lieve cardiopalmo. Dubitando che le enteroclisi quotidiane fossero troppo frequenti, le sospendo. Dopo altri 4 giorni anche le nausee erano completamente scomparse e scomparso l'eritema cutaneo. Le enteroclisi non furono più riprese e nè vomiti nè nausee ricomparvero più per tutto il rimanente periodo della gravidanza, la quale terminò con parto normale il 12 agosto.

2.° C. G. anni 25. Primigravida in 6° mese, ebbe nei primi mesi vomiti ostinati; ora da due mesi questi sono diminuiti d'intensità e di frequenza, ma riprendono intensi nei giorni che corrispondono al periodo mestruale. È dimagrata notevolmente. Enteroclisi il 28 e 29 giugno e il 2 luglio, di 150 cc. di acqua isotonica. Ebbe ancora qualche vomito il 29 e il 30 giugno, che scomparvero definitivamente ai primi di luglio.

3.° L. C. d'anni 24. Circa 20 giorni dal principio della gravidanza vomiti tanto a digiuno quanto dopo tutti i pasti; i vomiti compaiono in generale quattro ore dopo il pasto, durano a lungo e si attenuano col riposo in letto. È dimagrata, ma lo stato generale è abbastanza buono.

Dal 7 agosto al 2 settembre si praticano 15 enteroclisi, le prime 11 a giorni alterni, le ultime 4 ogni giorno, sempre di 200 cc. Dapprima uso l'acqua isotonica (30 o|o); allà 3ª i vomiti sono molto diminuiti; alla 7ª non rimangono che nausee lievi; i vomiti riprendono alquanto dopo l'8ª; allora per la prima volta elevo il grado di coneentrazione dal 30 al 50 o|o poi al 55 e al 60 o|o; ma queste due dosi non essendo tollerate dall'intestino, si ritorna al 50 o|o. Al 2 di settembre nausee e vomiti cessarono e stabilmente.

4.° T. C. Gravidanza in 3° mese; ptialismo e vomiti; il vomito però avviene in generale a distanza dai pasti e quindi raramente vi ha rigetto degli ingesti. Stato generale abbastanza buonó. Defecazioni ogni 2–3 giorni. Nel concetto di eliminare anzitutto o almeno di attenuare le autointossicazioni intestinali da stitichezza, raccomando alla donna clisteri abbondanti e quotidiani; anzi prescrivo due clisteri successivi per ogni giorno; uno evacuante, l'altro che provveda ad una lavatura dell' intestino.

Dopo 14 giorni la donna riferisce che, nonostante i clisteri adoperati secondo l'ordinazione, il vomito e lo ptialismo si mantenevano invariati. Dal 18 al 30 agosto pratico 6 enteroclisi di 200 cc. caduna, dapprima al 30 o|o poi, le tre ultime, al 50 o|o. Dopo la terza non si hanno più vomiti, ma soltanto conati: alla quarta cessano i vomiti, ma rimane lo ptialismo; dopo la sesta tutti i disturbi cessano completamente.

5.° L. G. Gravidanza di due mesi e mezzo. Nausea e vomiti insistenti cominciati 15 giorni dopo l'ultima mestruazione; i vomiti sono diminuiti

da una settimana quando la donna si presenta da me. Pratico l'enteroclisi non tanto per i vomiti quanto per i postumi di eclampsia e la minaccia di una nuova (v. in B). Alla 3.ª enteroclisi intanto, oltre ai miglioramenti che ora dirò, i vomiti e le nausee sono del tutto scomparsi.

6.° A. T. d'anni 26, incinta di 3 mesi 1/2 con vomiti molestissimi, specialmente al mattino, non costanti dopo i pasti; ptialismo, cefalea, pirosi, inappetenza, debolezza generale, tanto che deve lasciare il lavoro.

I clisteri comuni abbondanti, prescritti innanzi tutto, non giovano a nulla. Enteroclismi di 200 cc. d'acqua di mare al 50 %; dopo la 2ª niente vomito, un po' di nausea, invariata la salivazione: dopo la 3ª anche la nausea e lo ptialismo sono cessati completamente. La donna è stupita di tanto cambiamento e dice di *sentirsi in paradiso.* In cinque giorni la cura è completa ed essa riprende il lavoro.

Dovere di sincerità mi obbliga a riferire due casi non riusciti: l'uno di vomiti, dove l'enteroclisi non modificò menomamente lo stato delle cose, avverto però che allora non usavo che l'acqua isotonica, mentre più tardi l'uso dell'acqua a maggior concentrazione mi diede risultati che l'acqua isotonica non forniva; l'altro caso riguarda una donna molestata da vomiti e ptialismo i quali si attenuarono, ma non si vinsero; ma si deve notare che per intolleranza intestinale l'acqua non fu tenuta più di un'ora o due; raramente tre ore.

B. *Eclampsia.* — L. G. anni 24 II gravida. La prima gravidanza in ottime condizioni all' inizio terminò al 6° mese con parto provocato artificialmente alla Maternità per eclampsia. Ebbe allora accessi convulsivi numerosi e riprese coscienza due giorni dopo il parto. Dopo il parto persistette a lungo (non si sa con precisione per quanto tempo) un lieve grado di albuminuria.

Ultima mestruazione 22-26 aprile. Pochi giorni dopo la donna s'accorge d' un lieve edema alle mani, nulla ai piedi: cefalea notevole a intervalli 3-4 volte al giorno. Dispepsia non grave. Alvo regolare. Orina in quantità normale ma con traccie evidenti d' albumina.

Nel dubbio che la funzionalità renale deficiente abbia a risentirsi di eccessive quantità di acqua di mare, mi limito alle quantità seguenti di acqua sempre isotonica: cc. 100 il 19 luglio; 60 l'11; 60 il 14; 120 il 19. Alla terza gli edemi alle mani e l' albuminaria sono totalmente scomparsi. Senso di benessere grande. E' da notare che le prime enteroclisi erano quasi immediatamente seguite da cefalea che durava quasi mezza giornata. Al momento in cui scrivo è in principio del 6° mese di gravidanza. Dopo due mesi di sospensione della cura ricompare qualche traccia lievissima di albumina nella orine, che scompare dopo 2 enteroclisi di 200 cc. d' acqua isotonica.

I limiti del presente lavoro, quali sarebbero segnati dal titolo che vi ho premesso, mi arresterebbero a questo punto della esposizione dei risultati terapeutici da me ottenuti. Ma credo di non far cosa inopportuna se, violando questi confini, accenno brevemente a qualche buon effetto della cura in altre malattie; questi buoni effetti saranno come la controprova della efficacia della cura medesima nelle auto-intossicazioni gravidiche.

C. — *Flebite.* — P. A. d'anni 30 primipara: craniotomia su testa posteriore al tronco per viziatura pelvica. Dal 2° al 5° giorno ulcerazioni puerperali con edema notevole, senza febbre, guarita collo zaffamento della vagina.

Al 10° giorno crampi ai polpacci, seguiti da tumefazione persistente, che si diffonde poi alle coscie. Brividi ripetuti: T. 38.9. Al 13° giorno indurimento doloroso lungo la safena esterna da ambo i lati. Edema diffuso.

Pratico due enteroclisi di 200 cc. al 50 %. Dopo la prima dorme bene, ciò che non accadeva più da parecchie notti. La pressione nella safena è quasi indolora. Cinque giorni dopo ogni dolore e ogni edema sono scomparsi.

D. — *Entero-colite muco-membranosa.* — 1.° C. N. d' anni 22, maritata, nullipara, in cura da 2 mesi per ovarite destra, ora quasi guarita. Da 6-7 mesi notò rilevanti quantità di muco nelle feci. Dalla stessa data dolori addominali, più specialmente localizzati nel quadrante inferiore sinistro.

Si praticano 5 enteroclisi da 120 a 200 cc. di acqua isotonica a giorni alterni. Gli effetti sono: appetito subito molto aumentato; alla 2ª enteroclisi il muco intestinale è scarsissimo, alla 3ª è scomparso affatto e sono scomparsi i dolori addominali.

2.° T. C. d' anni 25. Da parecchi mesi muco notevolmente abbondante nelle feci; dolore intenso a intervalli nel quadrante superiore D. Endometrite ed ovaro salpingite lieve che è curata con irrigazioni calde; mestruazioni molto dolorose tanto da dover nel periodo mestruale rimanere tra il letto e il lettuccio.

Pratico 6 enteroclisi di 200 cc. d' acqua isotonica. Alla 3ª le feci sono affatto nette da muco; scomparso totalmente il dolore addominale. Appetito molto aumentato; aumentata considerevolmente l' energia al lavoro; le mestruazioni sono più scarse del solito e senza dolore. Dopo una settimana dall' ultima enteroclisi è sovraccolta da una parametrite acuta non grave; ricompare allora un po' di muco nelle feci e qualche dolore nel quadrante superiore destro. Si riprenderanno le enteroclisi appena le sia possibile ritornare all' ambulatorio.

3.° O. E. d' anni 30. È in cura da lungo tempo per ovaro-salpingite. Le medicature fatte secondo il mio metodo (zaffamento vaginale con striscie di garza di m. 1.00 × 0.20 imbibite di glicerina e iodio — 1 per 1000) che in generale ottengono risultati eccellenti, producono nella O. soltanto un'attenuazione dei dolori, ed è perciò che la cura ha durato, con intevalli però abbastanza lunghi, da tre anni e più. Accertatomi che colle feci si trova sovente del muco e che ai dolori ipogastrici e sacro-lombari si associano anche sovente dolori addominali diffusi, consiglio l' enteroclisi talassica (1). Alla 2ª i dolori addominali sono notevolmente diminuiti, ma riprendono successivamente. Siccome l' intestino è poco sensibile, elevo la concentrazione gradatamente fino all' 80 o|o. Alla 6ª i dolori sono molto scarsi. Mentre scrivo siamo alla 19ª; il muco nelle feci non si trova più che rarissimamente, i dolori addominali sono lievissimi e molto rari, tanto che la paziente dice che sono niente al confronto di prima: appetito intenso, stato generale fortemente migliorato.

E. — *Uricemia.* — F. A. impiegato d' anni 40, da circa 3 anni affetto da disturbi articolari che un distinto clinico diagnosticò di natura uricemica; da oltre un anno glicosuria. All'inizio della cura presente accusa formicolio lungo il decorso del radiale sinistro ad accessi ripetentisi più volte nella giornata; senso tattile ottuso al polpastrello dell' indice e del pollice; dolenzia nella esagerazione dei movimenti all'ultima articolazione del dito medio sinistro e dell' indice destro; dolore lieve nella flessione accentuata del ginocchio destro, e dolore pure lieve nelle articolazioni delle vertebre cervicali nei movimenti di lateralità del capo.

Enteroclisi in numero di 6 da 120 a 250 cc. di acqua isotonica, con intervalli da 1 fino a 4 giorni. Dopo la 3ª le dolenzie sono diminuite: il formicolio meno intenso e gli accessi meno frequenti. Alla 4ª libertà dei movimenti di tutte le articolazioni. Alla 6ª il formicolio cessa del tutto e ritorna il senso normale ai polpastrelli.

Interrotti i clisteri per allontanamento temporaneo da Torino, le do-

(1) Da *talassos,* mare

lenzie articolari riprendono, per quanto meno intense; la sensibilita ai polpastrelli rimane normale.

F. — *Nefrite cronica*. — D. M. anni 43, casalinga. Cefalea frequentissima da 18 anni, con intervalli raramente più lunghi di 1 giorno o 2, che durano talvolta più giorni di seguito. Sei mesi fa ebbe nefrite con edemi ed esacerbazione della cefalea. Colla dieta lattea scomparvero i sintomi acuti, la cefalea tornò allo stato di prima, e rimasero tracce d'albumina nelle orine, che all'esame sono evidentissime.

Si praticano 9 enteroclisi di 200 cc. d'acqua isotonica. L'albuminuria scompare dopo la 1ª, riappare dopo la 4ª per scomparire definitivamente. La cefalea, alla 3ª enteroclisi, è insignificante, e continua a rimanere tale fino al momento in cui scrivo. Si noti però che la paziente è in istato di anemia considerevole.

Infine ho adoperato la cura talassica, per via vaginale, mediante zaffamento della vagina con lunghe striscie di garza imbevuta di acqua di mare, per la cura delle ovaro-salpingiti. L'impressione che ho di casi abbastanza numerosi è che giovi benissimo; quasi subito le donne accusano un senso di sollievo, che va via aumentando progressivamente. Ma la durata naturalmente molto lunga della cura non mi permette ancora, non dirò di trarre una conclusione, ma neppure di fornire dati di qualahe valore e precisione.

Al Dispensario per lattanti ricorsi pure alle enteroclisi talassiche. In un caso d'eczema molto ostinato, in 7 applicazioni ottenni la scomparsa totale delle croste che occupavano quasi tutta la faccia, buona parte del cuoio capelluto e formavano anche qualche isola qua e là nelle parti coperte. Non ostante le mie insistenze per proseguire la cura che io ritenevo sempre necessaria, la madre non volle più riportare il bambino! Le croste si riprodussero in gran parte.

Nelle enteriti acute infantili l' iniezione rettale di acqua isotonica diede buoni risultati; ma non mi sento di darne merito all' acqua di mare, perchè appunto in causa dello stato irritativo della mucosa intestinale, l' acqua veniva in tutto o in massima parte rigettata, cosicchè quella non era più un' enteroclisi, ma una lavatura dell' intestino, e probabilmente il vantaggio ottenuto si doveva più all' esportazione meccanica del contenuto che non alla azione vera dell' acqua di mare.

Invece ho l' impressione di aver ottenuto vantaggi reali dall' enteroclisi nei bambini a lento accrescimento dovuto a dispepsia con inappetenza. L' appetito cresceva quasi immediatamente e la curva del peso segnava nna ripresa notevolissima. Ne darò conto più preciso quando avrò raccolto un materiale di studio sufficiente.

Non ho conclusioni da trarre da quanto ho scritto; nessuna sintesi quando l' analisi non può scrutare elementi sufficientemente copiosi. Neppure io penso di aver aperta una strada nuova alla terapia; forse è un piccolo sentiero; ma i sentieri hanno non di rado nella viabilità una parte assai vantaggiosa: quella di abbreviare la strada al viandante e condurlo assai più presto alla meta desiderata.

Torino, *settembre, 1908*.

RECENSIONI

CHIRIÈ. — **Réchérehes éxpérimentales sur l' éclampsie (effet de la mise in tension des reins). Hypertension arterielle et accés éclamptiques.** (*Thèse de Paris,* 1907).

Allo scopo di meglio delucidare la patogenesi, la sintomatologia e la cura dell' eclampsia puerperale l' A., per mezzo della legatura temporanea d' ambo le vene renali nel cane, ha ottenuto un repentino aumento della pressione nel sistema renale. Orbene tanto negli animali venuti a morire entro 48 ore coi segni d' uremia comatosa, tanto negli altri presentanti fenomeni convulsivi generalizzati, l' A. ha potuto riscontrare un potente contrasto fra lesioni renali e lesioni epatiche: lesioni al rene (che pur è l' organo traumatizzato) leggiere; lesioni al fegato diffuse, gravissime.

Lesioni queste che ricordano strettamente quelle riscontrabili nelle donne venute a morire in preda a convulsioni eclamptiche.

Rapportando i risultati di sue esperimentazioni al campo clinico dell' eclampsia puerperale, in cui ha riscontrato un costante cospicuo aumento di pressione sanguigna, dopo un complesso di argomentazioni probative, viene a concludere doversi ritenere l' accesso eclamptico la diretta conseguenza di una crisi renale acuta (probabilmente d' una congestione renale acuta con aumento subitaneo di pressione), di cui non è possibile definire la causa immediata, nè il meccanismo intimo della sintomatologia anatomo-clinica che vi si accompagna (probabilmente per azione delle nefrotossine sul fegato e sul sistema nervoso).

Gli utili resultati curativi ottenuti coll' abbondante salasso, per mezzo del quale si ottiene l' allontanamento di cospicua quantità di veleni dall' organismo, si abbassa la pressione arteriosa, si decongestiona il rene, gli sono di apparente conferma alle sue vedute.

Rebaudi

DOTT. I COMBY. — **Hématome obstétrical du sterno-mastoidien.** (*Archives de Médicine des Enfants*, T. XI, N. 1, Janvier 1908).

In seguito allo studio clinico di quattro casi di ematoma dello sterno-mastoideo in neonati viene alle conclusioni seguenti:

1.° Può esistere nei bambini appena nati un tumore dello sterno-cleido-mastoideo d' origine ostetrica.

2.° Questo tumore, che può rapportarsi anche etiologicamente al cefalo-ematoma, è un ematoma dello sterno-mastoideo.

3.° Riscontrasi questo ematoma nei neonati che si sono presentati per le natiche o per i piedi dopo un sopraparto laboriosissimo.

4.° Questa presentazione viziata necessitando di manovre di trazione più o meno energiche determina di spesso uno stiramento, una lacerazione del muscolo sterno-cleido-mastoideo.

5.° Questo traumatismo d' origine ostetrica, che si esplica più sovente a destra che a sinistra, conduce ad un versamento sanguigno intramuscolare, che può essere anche seguito da una miosite sclerotizzante.

6.° Rare volte a questo ematoma dello sterno-mastoideo segue il torcicollo, generalmente ad andamento benigno e che non richiede di alcun trattamento chirurgico.

7.° Per averne la risoluzione completa occorrono anche diversi mesi; solo in qualche raro caso ne residua un torcicollo permanente.

8.° Il trattamento curativo consiste nell' applicazione di pomate solventi a base di ioduro di potassio e di estratto di cicuta. Se si sospetta la sifilide si facciano frizioni con pomata mercuriale.

Rebaudi

HAERLE. — **L' idrato d' amilene nel trattamento dell' eclampsia.** (*Münch. med. Woch.*, 26 Maggio 1908).

In seguito agli ottimi resultati ottenuti da Haab coll' idrato d' amilene introdotto nell' organismo per via endomuscolare e per enteroclisi durante l'accesso epilettico, l' A. ha esperimentato il detto medicamento durante lo stato eclampsico. Ed i resultati furono molto incoraggianti. Una semplice iniezione intramuscolare (di 3·4 gr. nei muscoli della coscia) il più delle volte è bastata a determinare la rapida scomparsa dell' accesso convulsivo, cui subentra un sonno tranquillo. Solamente in qualche raro caso fu richiesta una seconda iniezione.

Contemporaneamente all' idrato d' amilene l' A. ha sempre introdotto sotto cute 1 centgr. di pilocarpina: ciò utilmente allo scopo d' aprire tutti gli emuntori e stimolare tutte le secrezioni, non esclusa quella dei reni.

E da questo trattamento non ne è mai venuto nocumento alcuno, giacchè minima è la tossicità di detto medicamento (la dose enorme di 27 gr. è sopportata da un organismo adulto senza gravi danni).

L' efficacia dell' idrato d' amilene nella cura dell' accesso eclampsico la si deve ascrivere alla sua azione narcotica, paralizzante sulla sensibilità, la motilità ed i riflessi. Non esercita, come il cloralio, alcuna azione nociva sull' apparecchio cardiovascolare.

Rebaudi

H. JARDY. — **Sécrétion interne de l' ovaire. (Synergie thyro - ovarienne).** (*Thèse de Paris*, 1907).

L' ovaio possiede realmente una funzione di secrezione interna, giacchè la sua ablazione determina la comparsa di una sindrome morbosa speciale, la quale costantemente si dilegua dietro un trattamento opoterapico ovarico oppure in seguito a trapiantamento di tratti di glandula ovarica.

Questa secrezione interna è elaborata da due speciali tessuti compresi nell' ovaio: il corpo luteo e la glandula intestiziale.

E secondo l' A., la funzione interna dei due corpi glandulari potrebbe venire sottilmente differenziata: servendo la secrezione interna del corpo luteo, durante la gravidanza, a preparare e garentire la normale fissazione dell' uovo nella cavità uterina, all' infuori della gravidanza, a determinare con ogni probabilità il flusso mestruale; la secrezione interna della glandula intestiziale servendo invece a donare un cospicuo attivamento al metabolismo dei tessuti animali.

Allorchè si avesse una insufficiente funzione ovarica, la glandula tiroide può in parte supplirne la deficiente funzione ipertrofizzandosi; giacchè i singoli organi costituenti l' importante sistema di glandule a secrezione interna possono fra loro sinergicamente funzionare.

Rebaudi

ADRIAN. — **Le donne nefrectomizzate possono condurre a termine una gravidanza?**

Questo problema è stato posto da Adrian al Congresso Medico della Bassa Sassonia D. M. W. 07, pag. 2024. Il relatore, basandosi su di una statistica personale, ritiene che la gravidanza sia assolutamente controindicata nei casi in cui fu stata precedentemente fatta una nefrectomia per tubercolosi renale o per neoplasma del rene. Nell'un caso è probabile, e la esperienza clinica lo conferma, che possano dei focolai latenti di tubercolosi riprendere nuovo vigore e dare nuove localizzazioni al rene superstite costretto già ad un iperlavoro anche per la gravidanza. Nell' altro non può mai escludersi una recidiva neoplastica nel rene superstite.

Più riserbato deve essere il giudizio per quanto riguarda le nefrectomizzate per pionefrosi e calcoli, specie quando sia interceduto un lungo lasso di tempo tra la nefrectomia e la gravidanza, senza che si sia notato nessun disturbo funzionale degno di nota.

Tuttavia dalla discussione seguita, nella quale sono stati portati fatti probatori delle idee di Adrian, è risultato opportuno e prudente limitare le possibilità di concepimento nei casi in cui la nefrectomia, è di data recente.

M. S.

PARTE II.

PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

Des Moyens de Remédier à la fréquence de l'avortement criminel

PAR L. M. BOSSI

Directeur de la Clinique d'Obstétrique et de Gynécologie de l'Université di Gênes

RAPPORT

PRÉSENTÉ À LA SECTION DU 1908 (9 OCTOBRE - PARIS)
DE LA SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE.

Très honorés Collégues,

L'augmentation de la fréquence de l'avortement n'a pas besoin d'être démontrée. Il serait même presque impossible d'en faire l'objet d'une statistique exacte.

« *Des moyens de remédier à la fréquence de l'avortement criminel* », tel est le texte de la question dont la Société Obstétricale de France m'a fait l'honneur de me charger comme rapporteur. Quant à moi, je déclare, sans nécessité de discussion, la gravité de cette plaie sociale en ce qui regarde sa fréquence.

Démontrer par des statistiques la fréquence toujours plus grande de l'avortement criminel, ce serait, je pense, sortir du sujet et surtout, ce qui importe le plus, une *diminutio capitis* de la gravité de la question.

L'avortement criminel est un phénomène social que chaque médecin, chaque accoucheur *comprend* et *entend*, mais qu'on ne pourrait pas prouver par des chiffres. Je dirai cependant qu'en Italie dans les cinq années de 1891 à 1895 on a eu 79 condamnées par les tribunaux pour avortement criminel et que, dans la même période des cinq années suivantes, c'est-à-dire de 1896 à 1900, on a eu 191 condamnées pour le même délit. Et cela selon la statistique officielle du gouvernement. Cela prouverait que, en cinq années, les avortements ont plus que doublé. Mais tout le monde sait que les cas qui tombent sous les lois de justice ne représentent qu'une portion infime des cas en comparaison de la réalité.

La statistique des fausses couches en général, que Doléris a

publiée en 1905, a montré que les fausses couches ont presque triplé dans les Maternités de Paris. Malheureusement, les statistiques des fausses couches en général, sont inférieures à la vérité, parce que le plus grand nombre des fausses couches reçoivent leur traitement (quand traitement il y a) à domicile et bien souvent en secret. Je pourrais vous faire une comparaison par des faits constatés personnellement.

Dans les dix dernières années, les avortements à la clinique universitaire officielle de Gênes ont augmenté de 3 à 18 p. 100, tandis que dans le service de la policlinique, c'est-à-dire dans le service obstétrical à domicile (Guardia Ostetrica), ils ont augmenté de 19 p. 100 à 37 p. 100.

La différence est très grande, mais avec l'expérience de dix-sept années de direction de la *Guardia Ostetrica* (1) je peux encore affirmer que les cas pour lesquels on appelle l'assistance de cette institution pour le traitement à domicile des fausses couches sont relativement très rares. Je ne doute pas affirmer la vérité en disant qu'il n'y a aucune complication physique qui, comme la fausse couche et surtout l'avortement criminel, échappe même aux plus diligentes et scrupuleuses recherches de la statistique.

La fréquence des fausses couches est plus grande dans tous les pays de l'Europe et de l'Amérique, dans des proportions inquiétantes, parce que les avortements criminels ont énormément augmenté, et, ce qui importe le plus, augmentent toujours davantage.

L'accoucheur honnête devient, le plus souvent, un complice involontaire mais forcé des faiseuses et des faiseurs d'anges. Pour la dignité professionnelle, il est utile de remédier ener. giquement à cette malheureuse situation.

Voilà la vérité que chaque accoucheur connaît et déplore ou doit déplorer. Nous devons la déplorer, parce que combien de fois sommes-nous *forcés* d'intervenir pour corriger les conséquences de ce crime sans que nous puissions protester ? Des collègues indignes, des sages-femmes criminelles, des pharmaciens, des herboristes pratiquent l'avortement et envoient la patiente à l'accoucheur quand il

(1) En Italie on appelle *Guardia Ostetrica* une institution qui a pour but le secours gratuit des femmes en couches à domicile présentant des complications. La Guardia Ostetrica de Gènes a maintenant dix-sept années d'éxistence et je l'ai fondée parce qu'à domicile les cas d'infection et de mortalité des femmes en couches étaient énormes, impressionnantes.

Aprés cette fondation (tout à fait d'initiative privée), les cas d'infection puerpérale et de mortalité des femmes pour complications dans l'accouchement ont diminué d'une façon admirable.

Pour le fonctionnement, voir, parmi les publications (comptes rendus) de l'Institution, surtout :

« Come i maggiori centri di popolazione possano meglio provvedere all'assistenza gratuita a domicilio delle partorienti povere — Bossi — (Rendiconto del primo decennio della Guardia Ostetrica di Genova — Giornale — *L'Arte Ostetrica* — N. 10 — 1901 (Milano).

« Il Terzo lustro della Guardia Ostetrica Permanente di Genova — Bossi — Giornale — *La Liguria Medica*, N. 12 del 1907 — Genova. »

n'y a plus la possibilité d'éviter la fausse couche. L'accoucheur s'aperçoit souvent (ou il doute) que l'accident n'est pas spontané, mais il est dans l'impossibilité de donner les preuves matérielles. Et alors il est obligé, par sentiment d'humanité, d'opérer, de soigner la malade, et de... se taire, s'il ne veut pas risquer un procès pour diffamation.

De cette façon, les gynécologues consciencieux deviennent les continuateurs techniques de l'œuvre des *faiseuses et des faiseurs d'anges*, des vrais complices de l'avortement criminel, avec tout les soucis, souvent bien graves, et quelquefois de sérieux dangers économiques et professionnels pour sauver la vie et guérir l'appareil génital de ces malheureuses femmes.

Voilà l'histoire de chaque jour, voilà à quelle espèce de fonction nous serons toujours plus exposés si des remédes sérieux n'interviennent pas. A part la question sociale, il y a pourtant un devoir de *dignité* pour nous autres gynécologues de traiter cette grave question et personne ne peut être plus capable et plus compétent que nous, gynécologues.

Tout le monde, et surtout les confrères honnêtes de tous les pays, doivent savoir gré à l'initiative de la Société obstétricale de France.

Je n'exagère donc pas en affirmant que tout le monde social et, dirais-je, politique, tous les confrères honnêtes de chaque pays, doivent être reconnaissants à la *Société Obstétricale de France* qui eut l'initiative de choisir comme argument de discussion ce difficile problème. Les traditions de la France, et surtout de Paris, dans tout ce qui regarde les plus grandes innovations dans la vie sociale des peuples, nous aideront certainement beaucoup pour aboutir à des résultats efficaces.

Malheureusement, je me sens bien inférieur au mandat dont j'ai été honoré, mais je dois me rappeler que *le rapporteur n'est que l'avant-garde de la discussion*, et *c'est sur la discussion que je compte pour remédier aux lacunes de mon rapport*.

On peut distinguer trois classes de *remèdes* ; les *remèdes moraux*, les *sociaux*, les *coercitifs*.

Il faut, avant tout, combattre les confrères qui pratiquent l'avortement.

Remèdes moraux. — C'est, avant tout, entre nous, dans notre famille médicale, qu'il faut, d'une façon absolue, énergique, combattre ce crime. Parce que avec raison la rédaction des *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* écrivait en 1905 : « il est digne de remarque qu'en France (et je peux ajouter dans les autres pays aussi), les protestations sont unanimes. Par contre « la stérilisation facultative » trouve en Allemagne des défenseurs jusque dans les chaires de gynécologie. Le professeur-docteur Sarwey, de Tubingen, n'a-t-il pas, dans un article de la *Deutsche med. Wochenschrift* (1905, n° 8, p. 292), admis que la stérilisation de la femme est

indiquée « chaque fois que la venue d'un nouvel enfant peut amener une perturbation dans la vie de la famille » !

Il est bien connu que souvent on tente de moraliser l'avortement comme un des moyens de malthusianisme ayant pour but de sauver soit une situation morale et sociale, soit une situation économique difficile.

Il est impossible (et contre nature) d'admettre des *indications sociales* à l'avortement.

Mais on pourrait se demander : quelles sont les limites qui nous permettraient de différencier les cas qui ont une véritable, soidisant, *indication* morale, sociale ou économique, et les cas qui auraient comme unique indication le vice et l'égoïsme individuel brutal qui fait oublier aussi les plus élémentaires sentiments naturels et paternels ?

Tout ce qui est contre les lois de la nature doit être considéré, par les adeptes de la médecine, comme dangereux et condamnable. L'avortement qui n'a pas d'indications médicales, doit être considéré par les gynécologues comme un véritable crime.

Comme il n'est pas possible d'établir en conscience ces limites, on ne peut pas et on ne doit même pas pour des simples considérations *sociales* admettre le droit à l'avortement. Et en dehors de cette considération, nous autres gynecolgues et (permettez-moi le titre) ministres des lois les plus délicates et sacrées de la nature, nous ne pouvons être que dévoués d'une façon absolue, sans restriction aucune, au grand principe que *tout ce qui est contre les lois de la nature* doit être dangereux et condamnable.

L'interruption de la grossesse qui n'est pas indiquée par des troubles naturels, qui n'a pas pour but d'aider les lois de la nature (complications pendant la grossesse menaçant la vie) doit être inexorablement considérée par les gynécologues comme un crime.

Ces deux propositions doivent être acceptées comme un axiome par les membres de notre Congrès et également reconnues chez les médecins de tous les pays.

Et tous les confrères de toutes les nationalités qui écrivent ou (pire encore) qui opèrent contre ce dernier principe doivent être déclarés publiquement, d'après ce Congrès, indignes d'appartenir a la classe médicale.

La lutte contre l'avortement criminel doit être internationale.

Et je répète avec intention « confrères de toutes les nationalités » parce que, dans ces cas plus que jamais, *s'impose l'internationalisme de la prophylaxie.*

L'expérience personnelle m'a démontré que des dames qui n'ont pas obtenu ce qu'elles désiraient dans un pays, ont pu, grâce à leur richesse, trouver ce qu'elles voulaient dans un autre pays. Aussi je propose ce remède uniquement moral, mais pourtant, je pense, très efficace:

La déclaration officielle et universelle de tous les gynécologues

que l'interruption artificielle de la grossesse qui n'a pas des indications médicales reconnues par deux autres collègues, doit être considérée comme un crime.

> Comme physiologues et comme gynécologues, nous devons démontrer au public que les nécessités physiologiques sexuelles de la femme sont bien loin de moraliser la grossesse illégitime.

Une autre considération qu'on avance pour moraliser l'avortement, c'est la *nécessité physiologique sexuelle de la femme*. A ce propos j'ai ouvert un referendum dans mon journal *La Ginecologia Moderna* sur le degré de *sensibilité sexuelle de la femme,* et tout le monde (Lombroso, Ferri, Fehling, Doléris, Morselli, Bonardi, etc.) a répondu en reconnaissant *tout à fait limitée* cette *qualité physiologique* dans la femme.

> La femme doit savoir (et on doit le lui apprendre) que l'avortement criminel est un *homicide*.

Pourtant je pense qu'il est utile que cette vérité soit connue parce qu'on détruira un des arguments favorables à l'avortement. Et il ne sera pas dépourvu de quelque avantage d'influencer psychiquement, surtout les femmes avec la propagande du principe que l'interruption artificielle de la grossesse sans indications médicales reconnues, doit être moralement considérée comme un *homicide.*

Est-ce que le sentiment religieux quand il est très développé n'empéche pas l'avortement ? Or, puisque la religion de la morale civile se substitue souvent, surtout chez les peuples catholiques, à la religion du Christ et à ses formalités, nous obtiendrons certainement le même résultat si ce principe est bien répandu parmi les croyances des peuples.

Mais, pour cela, des livres et des conférences ne suffisent pas, il faut aussi dans les écoles de jeunes gens l'expliquer d'une façon morale mais absolue en substitution des formules et des mystères religieux quelquefois banals et même pas trop moraux.

La peur d'offenser la pudeur en expliquant ce principe dans les écoles aux jeunes gens *qui ont passé l'âge critique du développement sexuel de la jeunesse* est une exagération, si on considère que les catholiques n'ont pas cette crainte en éxpliquant le mystère de la conception de la Vierge.

> Il faut impressionner, épouvanter les femmes, les maris, les familles, en démontrant les graves conséquences physiques de l'avortement; il faut exciter l'*égoïsme* de la conservation de soi même contre l'égoïsme de la vie mondaine.

Similia similibus curantur: cet ancien précepte peut avoir dans notre cas une très utile application. La véritable origine de l'avortement dans chaque cas est l'égoisme ou individuel ou de famille; égoisme quelquefois psychique, quelquefois social, quelquefois économique. Eh bien; c'est en provoquant un autre sentiment égoiste, celui de la conservation, que nous pouvons combattre et souvent éliminer les premiers.

Dans la réunion de notre Société du 1905, j'ai exposé, parmi

les conséquences physiques du malthusianisme, celles de l'avortement.

J'ai tant insisté sur ce sujet que quelque confrère fit l'objection, pour mon compte illogique, que l'avortement n'a rien à faire avec le malthusianisme.

La Société obstétricale de France, choisissant après la discussion du 1905 les remèdes contre l'avortement comme sujet de discussion et en me chargant d'en être le rapporteur, s'est montée d'un autre avis que celui de mon contradicteur.

Si on considère que :

a) En étant criminelles, ces interruptions sont provoquées le plus souvent dans des conditions nullement hygiéniques et avec des méthodes antiscientifiques dangereuses;

b) Que pour la même circonstance ces patientes sont mal soignées;

c) Qu'elles sont moins bien soignées encore dans la période qui suit les couches;

On comprendra facilement comment :

a) Un grand nombre d'affections puerpérales avec morbidité chronique et, non rarement, avec mort même de la patiente;

b) Des résidus ovulaires dans la matrice avec décomposition;

c) Des subinvolutions utérines;

d) Des déplacements de la matrice destinés à devenir chroniques;

soient la véritable conséquence de l'avortement provoqué par l'application des théories de Malthus,

Il n'y a pas un gynécologue qui ne soit pas convaincu et qui n'ait pas directement et personnellement plusieurs et plusieurs fois constaté et soigné ces malheureux résultats, regrettant vivement dans son esprit de ne pas pouvoir les empêcher.

Or, si avec des publications et des conférences publiques on popularisera ces conséquences physiques souvent terribles.

Si on démontrera aux jeunes femmes et surtout aux mères de famille (parmi lesquelles il y en a plusieurs qui pratiquent l'avorfement), aux maris que l'avortement donne 75 fois pour 100 des maladies très sérieuses de la matrice et des ovaires; que souvent la vie de la femme est pour toujours abimée parce que certaines lésions ne guérissent jamais; qu' assez fréquemment aussi la vie est en danger, ne croyez-vous pas que l'instinct de la conservation et la crainte d'un malheur supérieur aux ennuis de la grossesse n'empêcheront pas l'avortement ?

Similia similibus curantur; voilà l'application.

Mais pour avoir une application efficace, il faut populariser vraiment ces vérités, avec conférences au public et publications sur les journaux, soit politiques, soit illustrés, qui sont dans les mains du public ordinaire. Il faut — dans ce cas — démocratiser la science, ou bien étendre l'aristocratie scientifique.

Il faut traiter la question avec insistance dans tous les Congrès medicaux, dans les Académies médicales; les médecins *surtout* doivent être des apôtres contre l'avortement. Mais à l'agitation individuelle il faut substituer l'agitation collective des classes.

Et au point de vue médical et professionnel, ne croyez-vous pas que les discussions sur ce sujet auraient une utile influence? On pourrait les répéter avec insistance dans les Congrès medicaux pour protester contre l'abus du principe du secret professionnel.

Personnellement, dans les cas particuliers, souvent on craint d'être cruel et d'empirer les conditions de la patiente en protestant vivement. Mais si, à ce sujet on fait une énergique agitation de classe, donnant à cette agitation la plus grande publicité, on aura comme effet, je pense, une bonne prophylaxie contre cette plaie sociale. Et encore, parmi les remèdes de nature uniquement *morale* il faut joindre la popularisation de la connaissance des conséquences; *familiales* et *sociales* du côté moral et économique, et les *conséquences nationales*.

Ia faut populariser les mauvaises conséquences morales et individuelles (de-génération psychique), familiales, sociales, nationales et de races.
L'avortement criminel doit être aussi considéré comme un danger économiqne de famille.

L'avortement, étant un véritable crime contre la nature et contre le *plus grande principe qui domine la vie humaine,* doit sûrement conduire à una véritable *dégénération* non seulement physique mais encore psychique et morale dont les conséquences ne se peuvent mesurer.

Une étude de l'histoire, disons, *intime* des familles (tel que j'ai fait pour mon compte), démontrerait cette grave vérité, que les enfants uniques ou au nombre de deux dans une famille deviennent des dégénérés avec une fréquence bien supérieure à ce qui arrive dans les familles nombreuses.

Et cette étude démontrerait aussi une plus grande fréquence d'anomalies, dans la vie des pères et des mères qui ont seulement un ou deux (ou aucun) enfants, que dans la vie des parents qui ont beaucoup d'enfants, De même on pourrait dire du côté économique. Très souvent la limitation de la descendance, et par conséquence les avortements, ont pour origine la question économique, même et surtout chez les familles riches. Ce sont les familles riches qui ont donné le mauvais exemple. Mais si on fait une serieuse statistique, on verra que les fortunes, les richesses des familles qui ont seulement un ou deux enfants, finissent bien plus vite que chez les familles qui ont plusieurs enfants.

Et pour le côté national il faut faire connaître l'énorme danger qui peut et *doit* suivre à la menacer, du fait de la dépopulation, non seulement chaque nation (1), mais encore toute la *race blanche*.

(1) Par exemple en France on doit remarquer que:
Il y a eu, en 1907, 32.878 naissances de moins qu'en 1906 et 13.693 décès en plus.

N'oublions pas qu'une des plus graves causes (et des moins connues) de la décadence de l'Empire Romain a été la dégénération sexuelle, *la limitation de la procréation*. Et nous devons surtout craindre la race jaune par suite de la dépopulation qui viendra dans la race blanche si on n'y aura pas remédié. Mais tous ce moyens, disons, moraux, philosophiques, patriotiques, exercent une influence indirecte et, il faut le dire, pas très efficace, si on considére l'égoïsme qui domine tout et partout aujourd'hui la vie sociale devenue trop artificielle et trop exigeante si on considère que le premier mauvais exemple de malthusianisme a été donné par les classes les plus élevées.

Voyons donc les remèdes sociaux.

L'avortement criminel doit être considéré comme une *maladie sociale épidémique* dont il faut chercher l'étiologie dans les fautes d'organisation de la société même.

Remèdes sociaux. — L'Avortement criminel peut et doit être défini (si on le considère du côté positif, naturaliste) une vraie *maladie sociale* dont l'étiologie est à rechercher dans la société.

La femme pas assez protégée par les lois civiles.

La misère économique en relation avec les exigences modernes dans les classes pauvres et dans les classes moyennes. L'égoïsme de classe, la préoccupation de ne pas perdre la suprématie. La dégénération morale dans les classes les plus élevées. Dans certains pays la séparation de corps substituée au divorce. Une protection insuffisante de la part de la collectivité aux enfants.

Voilà en général l'étiologie des avortements criminels.

Les remèdes doivent correspondre à l'étiologie.

Et les remèdes doivent correspondre à l'étiologie.

Par conséquence :

Provoquer des lois plus protectrices de la femme doit être surtout pour nous gynécologues qui connaissons plus intimement sa vie d'abnégation et de malheurs, un des premiers devoirs.

Sans tomber dans le féminisme, certainement dans tous les pays il y a des droits qu'il faut reconnaître à la femme, et qui, n'étant pas reconnus, constituent pour elle une infériorité.

La balance présente un excédent de 19.920 décès.

Proportion des naissances . . .	1906	1907
par 10.000 habitants	215	207
Augmentation des décès pour le département de la Seine		3.316
L'accroissement relatif de la population par 10.000 h. s'élevait en	1901-05	1905
à une moyenne de	18	7
Pour 1907 cet accroissement devient une diminution de		8

Et ce qu'on constate en France aujourd'hui arrivera demain dans les autres pays si on ne pense pas à appliquer des remèdes énergiques contre l'avortement criminel.

It faut provoquer des lois protectrices pour la femme. Il faut surtout provoquer la loi qui permette la recherche de la paternité dans les pays (Italie) dans lesquels elle n'existe pas.

Dans quelque nation, par exemple en Italie, les lois civiles ne permettent pas la *recherche de la paternité* et, au contraire, permettent la recherche de la *maternité*.

Est-ce juste? N'est-ce pas barbare?

Il est facile de comprendre comment les pauvres jeunes filles trompées sont excitées à l'avortement par la considération que leur enfant n'aura pas de père. Ce sera surtout aux gynécologues de provoquer la loi de la recherche de la paternité dans les pays où elle n'existe pas. Aujourd'hui nous assistons encore au phénomène brutal que d'un côté il y a des richesses énormes, excessives, au point de rendre malheureux ceux qui doivent les administrer: de l'autre côté il y a des gens qui n'ont pas assez pour vivre et pour donner le nécessaire à leur famille, même en travaillant de toutes leurs forces. C'est la question sociale qui s'impose, c'est la justice sociale qui ne doit pas nous laisser indifférents.

Il faut aider le triomphe de la justice économique sociale.

En améliorant les conditions économiques des pauvres et d'une certaine classe moyenne qui est pire que les pauvres (les petits employés, par exemple), nous ôterons une des origines (la plus légitime) de l'avortement criminel.

Et puisque la résolution de la question sociale, de la justice sociale en ce qui se rapporte avec la distribution des fortunes, conduira à diminuer les grandes richesses, on améliorera aussi les classes les plus élevées parce que souvent *richesse* et *dégénération morale* sont synonymes.

La séparation de corps, au lieu du divorce, est un crime contre la nature. Elle est immorale, elle est l'origine fréquente d'avortements; nous devons la combattre.

Les lois qui existent dans certains pays, comme en Italie, permettant la séparation de corps et pas le divorce, doivent être considérées comme immorales et le plus grand excitant aux avortements. La séparation de corps est *contre nature*, parce qu'on oblige les séparés à la stérilité forcée, les enfants ne pouvant pas être légitimés. Et alors la femme séparée doit se condamner à la chasteté (chose qui n'est pas facile quand la femme a été mariée), ou pratiquer le malthusianisme, ou pratiquer des avortements.

Personne mieux que les gynécologues peut comprendre la nécessité de la loi du divorce surtout comme moyen pour diminuer les avortements.

Il faut plus largement protéger les enfants illégimes e les enfants légitimes des pauvres.

L'empereur Constantin dans les anciens temps de Rome promulgua les premières lois pour la protection des enfants trouvés, mais c'est en France, à Tours, qu'on eut le premier hospice pour

les recueillir. Ensuite on eut partout des abus à cause de la facilité même excessive avec laquelle on pouvait abandonner les enfants à ces instituts.

Maintenant, on exagère dans la répression, avec des réglements qui limitent la réception dans ces asiles, des enfants illégitimes, et plus encore des enfants légitimes abandonnés, rendant presque impossible pour la mère de garder le secret.

Multa renascentur quae jam cecidere, c' est le cas de dire. Il faut retourner aux anciennes facilités d'accepter les enfants trouvés dans les asiles, si on veut limiter les avortements.

Et il faut aussi augmenter les instituts pour les enfants, à l'imitation de ce que notre bon et cher maître le professeur Budin, avec tant d'abnégation et d'enthousiasme, avait fondé à Paris.

Comme l'image de ce véritable Apôtre des enfants, de Celui qui pour tant d'années a présidé notre Société, dans cette question vient d'apparaître *toujours plus grandiose !*

A Lui, à sa vertueuse veuve, à sa patrie, permettez dans ce moment un salut de reconnaissance.

Il faut que les Etats viennent en aide aux familles les plus nombreuses à partir du septieme enfant.

Et de plus, il faut que la collectivité, que l'Etat aide les familles nombreuses des ouvriers et des classes moyennes. Chaque famille arrivant au septième enfant doit recevoir un secours pour chaque enfant en plus du sixième.

Dernièrement, on a ridiculisé le législateur qui a proposé ce remède à la dépopulation. Mais, dans toutes les plus graves luttes contre les plaies sociales, il y a eu des inconscients pour se moquer des premiers apôtres qui osaient mettre le doigt sut la plaie... et aviver les scrupules de conscience des coupables et des indifférents.

Il y aura aussi des gens qui se moqueront de vous à cette occasion. Mais vous leur répondrez par cette phrase italienne de la Bible: *Beati i poveri di spirito, perchè possederanno il regno del cielo.*

Pour nous qui, à cause de notre fonction sociale, comprenons dans son essence la gravité présente et toujours grande pour l'avenir de cette question, nous ne trouverons jamais une plus grande légitimation de l'intervention de la collectivité, de l'Etat, venant créer un prix pour les familles nombreuses à cette présente occasion et en l'état actuel des conditions de la vie sociale.

Il faut une plus large et généreuse protection aux filles perdues, aux filles abandonnées.

Il est une autre institution sociale qu'il faudrait toujours plus développer dans le but de diminuer les avortements c'est celle de la protection des filles perdues, et surtout des filles et des femmes perdues qui se trouvent en état de grossesse.

L'égoisme du mâle ne doit pas lui faire oublier les soucis, le souffrances, les désespoirs d'une femme enceinte abandonnée à

elle-même sans fortune, dans l'impossibilité de travailler, exposée à la honte d'un public toujours prêt à condamner. Mais aussi les remèdes sociaux ont une influence indirecte sur la frèquence de l'avortement.

L'influence la plus directe, on pourrait l'obtenir avec les *Remédes coercitifs*.

Il faut une lutte énergique contre les *faiseuses* et les *faiseurs d'anges;* il faut séparer la responsabilité des honnêtes de la responsabilite des malhonnêtes; il faut une épuration de classe.

Ce sont sans doute les sages femmes qui font le plus grand nombre d'avortements, mais il y a aussi des collègues qui ne se refusent pas à ce crime. Quant aux herboristes, ils peuvent très peu agir.

Il faut donc séparer la responsabilité des médecins et des sages-femmes honnêtes de la responsabilité des médecins et des sages-femmes malhonnètes, criminelles.

C'est une question vraiment de dignité de classe.

La déclaration officielle obligatoire de toutes les fausses couches (de la même facon que la déclaration des cas de maladie infectieuse) s'impose.

La déclaration officielle des fausses couches, obligatoire, imposée par des lois sévères, s'impose.

De la même façon que pour protéger le public contre la propagation d'une contagion, d'une épidémie, on impose maintenant chez presque toutes les nations civilisées la déclaration des cas de typhus, d'infection puerpérale et de toutes les maladies épidémiques, on doit imposer aussi la déclaration des fausses couches connues comme moyen de protection de la santè et de l'avenir de la femme... comme moyen surtout de détruire cette *terrible contagion sociale* qui est représentée par les faiseuses et par les faiseurs d'anges.

Les déclarations des fausses couches seront les documents les plus utiles pcur découvrir les auteurs des avortements, et dans le même temps elles constitueront une crainte perpétuelle pour les médecins et les sages-femmes qui se prêtent au crime de l'avortement.

Mais la déclaration sans autre intervention des Pouvoirs publics servirait très peu ou presque uniquement à la statistique.

Il faut autoriser les chefs de service d'hygiène à visiter, avec un accoucheur, les femmes (*quand ils le croient utile*) qui ont fait une fausse couche.

Il faut que les hygiénistes qui surveillent les services sanitaires soient dans le même temps chargés ou, au moins autorisés (*quand ils le croient utile*), de visiter les patientes dans le puerpérium de la fausse couche, *accompagnés par un accoucheur chargé de ces visites du côte technique*.

L'avantage sera double. On en tirera un sérieux avantage pour la mère parce que, s'il y a des complications dont la sage-femme ne s'est pas aperçue, elles seront remarquées et soignées.

On aura l'avantage de surprendre bien facilement les cas d'avortement criminels et de les dénoncer.

Mais c'est encore trop peu.

Malheureusement l'expérience démontre toujours plus que très souvent que le docteur qui *accuse*... devient l'*accusé*.

Il faut des lois, des procédures et des tribunaux plus sévères pour les cas d'avortement. Il faut aussi des tribunaux sanitaires qui puissent aider les tribunaux civils.

Il faut des lois plus sévéres contre l'avortement, une procédure plus rapide, il faut des tribunaux plus techniques.

Et à cet égard il serait utile d'instituer des tribunaux sani taires ou des comités sanitaires qui pourraient aider les tribunaux ordinaires dans leur fonction.

Ces tribunaux ou comités sanitaires seront chargés aussi de veiller à la dignité de classe par des punitions morales et même par la suspension de l'exercice pour les auteurs des avortements criminels.

Dès que l'ovule est fécondé, un nouvel organisme a le droit d'existence dans la famille humaine.

A ces remèdes coercitifs quelque juriste ou quelque économiste ou sociologue pourrait opposer le doute *du droit* pour la femme de pratiquer l'avortement. C'est ici que nous pouvons *surtout* faire entendre et peser notre autorité comme physiologistes et comme gynécologues.

Suivant la physiologie de la procréation, et cela suivant l'ancien droit Romain, nous sommes forcés d'admettre que, des l'instant que l'ovule a été fécondé, il y a dans la grande famille humaine un nouvel être qui a *le droit* à l'existence pas moins que les autres vivants d'une vie autonome, et que personne n'a le droit de le supprimer comme personne n'a le droit à l'homicide.

Il faut considérer la mère chez laquelle on provoque l'avortement comme une irresponsable non punissable, pour empêcher qu'elle ne devienne la protectrice consciente des faiseurs d'anges.

Pourtant, nous devrions considérer les mères qui se soumettent à l'avortement comme irresponsables.

Tout porte à croire que l'état de démoralisation, d'affaiblissement de l'esprit et des nerfs auquel est exposée la jeune fille ou la femme mariée mais séparée de corps de son mari, qui ne sait comment nourrir ses enfants, puisse faire perdre à celle-ci le juste sentiment de ses devoirs physiques et moraux.

La conséquence en serait bien *l'irresponsabilité* et *l'impunité devant la loi*.

J'oserai donc dire que j'estime alors que le *remède le plus puissant* contre l'avortement criminel serait la garantie de l'impunité pour la mère chez la quelle on provoque l'avortement.

Au contraire, on doit la punir, quand elle aura elle même volontairement pratiqué l'avortement.

Vous tous, chers confrères, comprenez de suite l'importance de cette proposition. Notre expérience de chaque jour nous montre que le plus puissant avocat qui vient soutenir et défendre les faiseurs et les faiseuses d'anges est la patiente elle-même. Elle a tout intérêt à cacher le crime, même dans les cas les plus malheureux, pour s'éviter à elle-même l'application des peines édictées par la loi !

Mais quand cette crainte de la punition n'existera plus, le plus souvent la mère même deviendra la dénonciatrice spontanée des avorteurs et des avorteuses.

Nous devons donc, pour obtenir une action réellement positive, provoquer dans chaque nation une loi qui ne punisse pas la mère, mais qui frappe impitoyablement et avec la dernière rigueur tous ceux et celles qui pratiquent l'avortement criminel

Cette loi, d'apparence généreuse, protectrice de ces mères malheureuses, aurait plus grande chance de triompher, si l'on considère les conditions morales actuelles de la société, qu'une loi de sévérité qui frapperait toujours les victimes (les avortées) et quelquefois seulement les véritables coupables (les avorteurs).

En attendant ces remèdes liés à une decision de l'Assemblée législative, nous pourrions immédiatement obtenir la suppression des insertions de réclame dans les journaux qui étalent au grand jour la profession des faiseuses d'anges.

Les rubriques *Retards ; suppression des époques ; retards, méthodes nouvelles par humanité ; retards, nouvel appareil* sont trop explicites, et ces publications sont indignes de la Presse et des plus élémentaires sentiments de dignité humaine. Nous devons les faire supprimer.

CONCLUSIONS.

Je propose l'ordre du jour suivant:

« La Société Obstétricale de France,

« Considérant, que l'ovule humain dès l'instant qu'il est fécondé constitue un organisme de la famille humaine qui a le droit à la vie et que personne ne peut supprimer ;

« Considérant en conséquence que l'interruption de la grossesse sans indication médicale doit être envisagée comme un crime;

« Considérant que les avortements augmentant partout dans les races blanches deviennent de jour en jour un danger plus grave : pour la responsabilité et la dignité de notre profession exposée chaque jour à être complice involontaire d'une action délictueuse; pour la santé et la vie des femmes; pour la morale publique et de famille ; pour l'avenir des nations et pour l'avenir de notre race ;

« Déclare la nécessité d'une agitation uniforme et combinée dans tous les pays de notre race contre l'avortement criminel ;

« Et de la même façon qu'on a institué un comité ou bureau

international d'hygiène contre les maladies épidémiques, propose la fondation d'un bureau international siégeant à Paris, formé par des gynécologues, des juristes et des sociologues de tous les pays, ayant pour but d'étudier, d'appliquer et de faire appliquer les remèdes moraux, sociaux et coercitifs susexposés, pour diminuer ce crime devenu une véritable épidémie physique et sociale ».

---

*Il risultato della Relazione e della discussione, alla quale presero parte Doleris, Bar, Pinard, Fabre, Treub, ecc., ci viene riferito dall'*Echo de Paris *(del 12 ottobre) che ci è dato qui aggiungere per la ritardata stampa dell'attuale numero della* Ginecologia Moderna:

Le Congrès d'obstétrique a clôturé samedi ses travaux par une importante décision sur sa question à l'ordre du jour: « A la prophylaxie de l'avortement ».

Le Président du Congrès, le Dr. Doleris, de l'Académie de Médecine a donné lecture de la proposition suivante :

« Après la lecture et la discussion du rapport du Dr. Bossi (de Gênes) sur la « Prophylaxie criminelle », vues les statistiques impressionnantes publiées en France et à l'étranger sur la fréquence croissante de l'avortement.

« La Société obstétricale de France, réunie en Congrès international, considérant qu'elle n'a pas qualité pour prendre position, au regard des dispositions édictées par le Code pénal français, contre « l'avortement criminellement provoqué »;

« Qu'elle n'a pas davantage à se prononcer sur cette question au point de vue social, moral ou religieux, mais que, néanmoins, elle ne saurait se dérober au devoir de faire entendre un cri d'alarme et un avertissement salutaire, adopte les conclusions suivantes :

« Dans l'avortement criminellement provoqué, tel qu'il est observé, un fait est incontestable: la grande fréquence et l'extrême gravité des accidents consécutifs aux pratiques coupables, quelles que soient les précautions apportées à l'acte criminel et la technique employée.

« Les statistiques établissent que :

« Dans la grande majorité des cas, de longues et sérieuses maladie locales s'ensuivent.

« Dans les deux tiers des cas environs, les affections très graves mettent la vie en péril et occasionnent une incapacité de travail allant de plusieurs mois à plusieurs années et une incapacité fontionnelle définitive; les survivantes restent infirmes.

« Dans six pour cent des cas, enfin, la mort qui respecte les

accouchées normales à terme, suit immédiatement ou à bref delai les pratiques abortives.

« La Société obstétricale de France décide la constitution d'un Comité international permanent en vue de rechercher et d'étudier les mesures prophylactiques à proposer aux pouvoirs publics.

« Sont proposés pour faire partie de la Commission :

« MM. les Professeurs Pinard, Bar, Ribemont (faculté de Paris) — Queirel (faculté de Marseille) — Hergott (Nancy) — Oui (Lille) — Chambrelent (Bordeaux) — Valois (Montpellier) — Audebert (Toulouse).

« Les membres du Bureau actuel de la Société obstétricale de France: MM. Doleris — Fabre (de Lyon) — Brindeau, pour la France ; MM. les Professeurs : Treub (d'Amsterdan) — Bossi (de Gênes) — Guzzoni (de Messine) — Keiffer (de Bruxelles), tous présents, auxquels seront adjoints des membres nouveaux choisis dans les pays non représentés ».

La motion et la liste des propositions sont adoptées à l'unanimité.

Prof. LORENZO RATTO

DIRITTO DI ABORTIRE E REATO DI ABORTO

PARTE II.

I PRESUPPOSTI GIURIDICI.

I romanisti e civilisti moderni che espongono la teoria generale del diritto ed i filosofi del diritto più immuni da pregiudizi di scuola e di partito, sono oggi concordi nell'ammettere che il concetto del diritto subbiettivo, relativamente trascurato dai romani, è la pietra divenuta fondamentale dell'odierno edificio giuridico.

Alle due categorie tradizionali di diritti subbiettivi privati, quelli sulle cose e quelli sulle persone, oggi se ne aggiunge una terza, quella dei diritti sulla propria persona *(jus in se ipsum, potestas in se ipsum)*.

Il diritto sulla propria persona è un diritto essenzialmente diverso dal diritto di personalità. Questa è la base di qualsiasi diritto e quindi anche dei diritti sulla propria persona, che si concretano nel diritto di disporre del proprio corpo e delle proprie qualità personali.

Questa nuova categoria dottrinale di diritti è fieramente avverata dai moralisti e da quei giuristi che negano la separazione tra morale e diritto, perchè condurrebbe logicamente a togliere la protezione proibitiva del diritto contro azioni ritenute immorali dall'etica vigente, quali i freni alla procreazione, l'aborto, la prostituzione, l'adulterio, il suicidio.

Sulla liceità del primo di questi fatti, cioè la limitazione volontaria della fecondazione coi mezzi ordinari suggeriti dal neomalthusianismo, non può nascere questione, poichè il diritto penale tace e la morale diventa sempre più impotente a porre un argine alla crescente serie di vittorie delle esigenze economiche su quelle religiose del *crescite et multiplicamini*.

La questione più grave sorge appunto sull'aborto. Secondo la dottrina finora dominante tra i penalisti, l'aborto volontario può essere giustificato come applicazione dei diritti sulla propria persona solo quando è consigliato dal medico per ragioni terapeutiche, cioè più precisamente, quando una malattia prodotta o anche soltanto aggravata dalla gravidanza minaccia la vita o permanentemente la salute della donna. Il numero di questi casi in cui l'intervento del medico per interrompere la gravidanza è legittimo, va sempre più

allargandosi, poichè si estende, per giusta analogia, il numero delle malattie a cui favore l'interruzione è ammessa.

Un'ulteriore estensione analogica nel campo delle malattie nervose e psichiche e delle cause indirette di deperimento fisico e malattie come l'anemia, la clorosi ecc. che, segnatamente nel caso di assoluta miseria, il medico può prevedere con certezza come conseguenze del parto, non è finora ammessa dalla coscienza professionale medica degli esercenti l'arte salutare, sopratutto perchè manca il consenso dei moralisti. Però questo consenso non è necessario, giacchè tutte le riforme giuridiche nel campo della separazione tra morale, religione e diritto vengono fatte senza il loro assenso.

Oggi il giurista che vuole utilizzare e produrre alle sue logiche conseguenze la teoria dei diritti sulla propria persona non può più negare quella estensione analogica per una serie di motivi fortemente determinanti che quì si riassumono colla maggiore brevità, perchè il lor svolgimento esigerebbe un volume.

***

Il diritto nasce dal fatto, ed il giurista deve inspirarsi al cambiamento della situazione di fatto per modificare le sue teorie sulle situazioni giuridiche. Ora sta in fatto che oggi, nelle grandi città, l'aborto è punito solo in circostanze che si verificano nell'uno per cento dei casi (1).

La maggiore causa di riluttanza dei magistrati e dei periti a prestare man forte per punire gli aborti sta in ciò che l'istruttoria penale sopra una denuncia di aborto esige la consumazione di una serie di attentati al pudore ed all'onore delle famiglie che dovrebber aver carattere di reato.

In prova di ciò basti riprodurre i precetti veramente scandalosi per un giurista, di un medico delle carceri giudiziarie di Roma.

Quando vi sia il sospetto, egli dice, che una fanciulla abbia usato sostanze abortive, il perito medico-legale dovrà:

« Far tesoro di tutte le notizie fornite dall'anamnesi e di tutti « i sintomi obbiettivi risultanti dalla constatazione dello stato pre- « sente; e quindi comincierà dall'informarsi del mestiere della donna, « delle sue abitudini, delle condizioni sue e della sua famiglia; as- « sumerà dettagliate notizie circa le condizioni sanitarie dei geni- « tori e dei collaterali, s'informerà se nella famiglia della donna

(1) È interessante a questo riguardo rilevare:

1.° che il medico privato il quale, per evitare a sè stesso ogni rimorso di complicità morale, volesse denunciare i casi di aborto che gli si presentano nella sua clinica, posto che fosse liberato dal vincolo del segreto, correrebbe rischio di vedersi querelato per calunnia o di vedersi accusato in rivalsa di complicità reale;

2.° che il medico dell'ospedale, non essendo padrone del caso che gli si presenta, il quale appartiene all'opera pia, non può far altro che denunciarlo all'Amministrazione, la quale non può e non deve fare denuncia alcuna perchè il suo mandato è sol quello di far della beneficenza.

« abbiano dominato malattie nervose o costituzionali; assumerà no-
« tizie sugli antecedenti fisiologici e patologici e sulle condizioni
« generali di salute della donna, sulle sue funzioni mestruali, sulle
« circostanze speciali della gravidanza, sui dettagli che hanno pre-
« ceduto, accompagnato e seguito i tentativi abortivi; poscia pas-
« serà a rilevare le condizioni fisiche e psichiche della donna con
« accurato esame degli organi genitali, del sistema urinario, dello
« stato delle mammelle, delle modificazioni dell'utero e delle parti
« pudende; poi esaminerà le macchie, il sangue dei mestrui, il li-
« quido amniotico... ».

Tutto ciò consiglia ai medici il cav. dott. Decio Albini nel suo libro su *l'aborto criminoso*; ed è strano che la Federazione dei Medici Italiani non senta il dovere di sconsigliare ai suoi membri simili violazioni della personalità femminile, anche se retribuite dall'autorità giudiziaria. E' appena il caso di avvertire che il consenso stupido e viziato di violenza morale della donna che presta il suo corpo a simili indagini, non giustifica l'atto dell'agente giudiziario.

Secondo i moralisti e i medici giudiziari l'aborto può commettersi fin dal primo giorno del concepimento. Ora nulla giustifica questa interpretazione del codice penale. Gli scrittori anteriori alla rivoluzione francese riconoscevano, almeno, che nei primi 40 giorni l'embrione non era animato, ed ammettevauo che la donna potesse abortire, per quanto quell'embrione (che essi credevano, come il diritto romano, fosse una *portio viscerum*, mentre è noto che ne primo mese l'embrione non è ancora staccato dall'utero) dovesse considerarsi come una *spes nascentis*.

I medici e penalisti odierni fingon di non credere più all'animazione dell'embrione entro i primi 40 giorni, anzi fingono di non credere nemmeno all'animazione del feto *(portio viscerum)*; ma in realtà si prestano meglio all'esigenza religiosa del non fornicare, la sola in causa in questa materia, retrotraendo l'animazione al momento del concepimento, allo scopo di impedire gli aborti anche nel primo periodo embrionale. In altri termini: quella finzione di diritto penale imposta dal divieto giuridico-cristiano di fornicare, per cui si vuol vedere nell'aborto un reato contro la persona futura presunta già esistente nell'utero materno, e si vuol quindi considerare come persona l'embrione anche nel primo mese della sua formazione, contro tutti gli insegnamenti dell'embriogenia, ha sempre per presupposto unico l'antica credenza dell'animazione, peggiorata dal punto di vista della verosomiglianza, ma rafforzata nel campo morale dalle insinuazioni del tornaconto economico-politico, che fa credere anche ai dotti, ad un pericolo della specie, se si riprestinasse l'antica libertà di aborto, e quindi a un dovere dello Stato di farsi difensore della specie contro gli attentati dell'individuo, per quanto ciò sia un assurdo biologico. E l'assurdo biologico si tramuta in assurdo economico, quando di un precetto proprio della razza ebraica, valido ed utile in generale per il valore della popolazione nell'economia terriera — dove evidentemente i figli hanno un

grande valore economico pel padre di famiglia coltivatore di terre — se ne vuol fare un precetto permanente, valido anche per l'economia capitalista, ed utile anche per le società che soffrono, come la nostra, di iperdemia e di ristrettezza di territorio.

***

Di tutta la teoria Malthusiana è rimasto un solo principio saldo così dal punto di vista economico come da quello morale: cioè che deve ritenersi moralmente illecito procreare figli che si sa già di non poter mantenere e che rappresentano assegni tratti a vuoto sulla beneficenza pubblica o privata. Nessuno ha diritto di sfruttare in tal modo il patrimonio della nazione a cui appartiene: anche se ha il consenso dei moralisti e dei sacerdoti.

Contro i moralisti non sarà mai abbastanza ripetuto che lo Stato non può farsi gerente responsabile dell' imprevidenza nella prolificazione, perchè non ha alcun dovere di soccorrere i poveri.

E quando i moralisti ribattono che il diritto non può favorire le violazioni dell'art. 6.° del decalogo giudaico-cristiano, si può rispondere che il diritto di peccare non fu mai negato neanche dalla teocrazia papale; e che l'odierno fenomeno dilagantesi nelle società più civili, che può chiamarsi lo sciopero dell'utero, non è tanto una conseguenza del diritto di peccare quanto una esigenza propria e diretta della libertà della maternità, la quale, se viene rafforzata dalla libertà dell'amore può anche rappresentarsi come un principio autonomo dell'etica antica e moderna. Lo sciopero uterino è dunque legittimo quando la gravidanza è un lavoro forzato e involontario della donna.

Tutta la teoria dei diritti sulla propria persona che la dottrina applica al diritto di morire e all'omicidio-suicidio, può applicarsi logicamente al diritto di abortire, perchè l'aborto è biologicamente un suicidio parziale. Se è diventato lecito il totale, nonostante le opposizioni dell'etica, che sono state impotenti ad impedire la scomparsa dalle leggi penali delle pene contro il suicidio, deve diventare lecito, a più forte ragione, quello parziale, sebbene leda l'art. 6 del decalogo, che è il fulcro della morale.

L'opposizione dei moralisti si basa sulla loro credenza nel carattere assoluto dei valori morali. Ora nessun giurista contesta il valore storicamente immenso dell'art. 6.° del decalogo cristiano, ricavato dalla interpretazione estensiva di un articolo del decalogo giudaico. Noi siamo i primi a riconoscere tutta la genialità sovrumana del creatore di quel precetto, o meglio della sua interpretazione cristiana, che è San Paolo; riconosciamo, cioè, che la Chiesa cristiana, valendosi dell'invenzione giudaica del peccato carnale e diabolizzando Eros, è riuscita a raffinare in perpetuo il peccato d'amore, ed ha potuto così creare la donna là dove la natura aveva creata la femmina, la perpetuità del desiderio sensuale là dove la natura non aveva pensato che alla perpetuità della specie. L'effetto di questa geniale creazione, che permise alla religione ebraico-cri-

stiana di piantare le sue radici nel suolo dove il culto di Afrodite e di Adone aveva già determinato la concezione stessa del culto, è ormai una conquista irrevocabile e ben può dirsi che tutta la civiltà moderna ne è una derivazione.

Ma appunto perchè è irrevocabile questa conquista della civiltà è vano ogni timore di regresso barbarico che detronizzi la donna, la signora moderna. La quale non può più retrocedere; per la legge stessa del progresso essa deve procedere innanzi. Si può ben ostacolare questo progresso del femminismo, che, come dicemmo, tende alla maternità libera, ma facendo ciò lo si concentra e lo si rende più veemente ed impetuoso.

Non può non verificarsi qui lo stesso fenomeno che avviene in generale nella lotta pel progresso della separazione tra Chiesa e Stato. Come, ad esempio, nella lotta odierna pro e contro il catechismo nelle scuole primarie vi son molti conservatori i quali credono che anche nei paesi latini sia necessario l' insegnamento ufficiale del catechismo, come lo è quello della bibbia nel mondo anglosassone, per mantenere fermo il millennario addomesticamento civile e politico del popolo, e d'altro lato vi son altri conservatori i quali ritengono che negli Stati dove c' è l'esercito permanente la funzione difensiva del fucile abbia assorbito o possa assorbire del tutto quella del catechismo e che lo stesso analfabetismo religioso, nell'ipotesi che la Chiesa lo volesse ove non riuscisse a conquistare l'insegnamento ufficiale del catechismo, lascierebbe intatta la situazione delle classi dominanti, ormai basata più sulle situazioni di fatto che sulle credenze; così, nella morale dei rapporti sessuali, vi sono molti conservatori, i quali ritengono necessario mantenere intatta la raffinazione del peccato carnale mercè le sanzioni penali dell' aborto e dell' adulterio, e d' altro lato vi son altri non meno conservatori i quali ritengono che la donna moderna non ha più bisogno di quella difesa per mantenere intatta la sua attrattiva sessuale, perchè il progresso economico le offre adeguati sostitutivi contro l'abbiezione e la corruzione nella lotta di sesso.

***

La scienza ostetrico-ginecologica, quando serve alla giustizia, suole adottare, senza accorgersene, un concetto dell'aborto che non è suo proprio, perchè puramente etico; e che perciò essa non ha alcuna ragione di mantenere. Si comprende che i moralisti parifichino ogni impedimento della gravidanza al parto prematuro, procurato per impedire la nascita d' un feto vitale. Ma gli ostetrici-ginecologi non hanno alcuna ragione di secondarli nelle loro finalità proibitive allargando in tal guisa la definizione dell'aborto dal punto di vista scientifico.

L'aborto per gli ostetrici non può essere altro che quello che essi procurano per esigenza terapeutica, quando cioè lo esige la salute di una donna incinta. Quindi per il penalista l' aborto deve essere lo stesso fatto che per l' ostetrico, colla sola differenza del-

l'assenza di quella scriminante e quindi col concorso del dolo, che deve esserci nella donna o in chi le procura l'aborto.

Ora l'aborto artificiale terapeutico non può cominciare dal giorno del concepimento ma solo quando l'ostetrico ha acquistato la certezza dello stato di gravidanza, cioè dell'esistenza di un feto pericoloso alla salute della donna. Questa certezza non si ha mai nelle prime 4 settimane dal concepimento. E' in questo periodo che, nello stato d'incertezza, la donna temendo di essere incinta, e non volendo esserlo, si procura l'espulsione dell'ovulo fecondato.

Si può dunque ritenere che il penalista può esigere la punizione soltanto di ciò che l'ostetrico può chiamare aborto o parto prematuro, che è sempre un feticidio.

Gli altri fatti che possono compiersi tra il concepimento e l'aborto rientrano nella categoria delle precauzioni neo-malthusiane, condannate bensì dalla morale, ma lecite in nome dei diritti sulla propria persona e dell'igiene sessuale.

Infatti l'espulsione di un importuno ovulo fecondato può avvenire per la sola osservanza delle regole igieniche, concernenti le lavande vaginali: basta che la donna adoperi acqua fredda o acqua calda. Ora in nome di che la donna che ha contatti con un uomo perderà il diritto di usare l'acqua calda o la fredda per le sue irrigazioni? Per sostenere l'obbligo giuridico di adoperare l'acqua tiepida bisognerebbe che quest'obbligo fosse scritto in una legge o almeno che il diritto vigente proclamasse il principio della fecondazione obbligatoria per la donna, maritata o no, che vuol fornicare.

Data la liceità delle lavande vaginali nel diritto antico e moderno, per quale ragione si potrebbero impedire quelle fatte con soluzioni antisettiche? E come si può impedire che la donna, timorosa di avere nell'utero un ovulo fecondato, vi inietti 3 o 4 grammi di tintura di iodio, che dicesi sia il mezzo più moderno, più sicuro, più innocuo — perchè non può produrre infezione, nè dolore, nè emorragia — di espellere un importuno embrione? Come si può argomentare dall'incertezza e dal timore, al dolo, estremo caratteristico di un reato che è posto dal Codice nel titolo dei reati contro la persona?

E come può il dolo dipendere dalla sussistenza di un fatto incerto, estraneo alla volontà specifica del delinquente, quale è la fecondazione d'un ovulo?

E' veramente stupefacente l'ignoranza dei penalisti, i quali non hanno mai osato studiare l'aborto coi criteri adottati per accertare gli estremi della consumazione degli altri reati. Quando trattano di questi argomenti essi fingono d'ignorare assolutamente l'esistenza delle buone pratiche d'igiene sessuale, la cui diffusione del resto assicurerà quanto prima la scomparsa tanto dell'aborto che dell'infanticidio; essi fingono d'ignorare che la proclamazione dei diritti dell'uomo e della donna alla sterilità non è necessaria perchè nessun legislatore li ha mai potuti rinnegare, essendo sempre

stato lecito uccidere gli spermatozoi propri o altrui con lavande vaginali per impedire che uno di essi afferri un ovulo per fecondarlo. Anche la donna maritata ha questo diritto: si potrà discutere se esercitandolo senza il consenso del marito gli rechi ingiuria grave, che sarebbe motivo di divorzio o di separazione coniugale; ma è un diritto della donna. Ora perchè questo diritto dovrebbe cessare, secondo i moralisti, secondati erroneamente dai penalisti, quando uno spermatozoo ha già afferrato un ovulo? e come in quel momento, impossibile a sapersi ed a constatarsi, potrebbe nascere il dolo subbiettivo, se si fa una irrigazione che non sia di acqua tiepida? E perchè il ginecologo e il medico legale debbono prestarsi e intervenire a distinguere tra la espulsione libera di ovuli e spermatozoi e quella delittuosa di un ovulo fecondato? Come possono affermare l'esistenza del dolo quando vengono a scoprire che la donna aveva timore dello spettro grasso della gravidanza?

Se in nome dei diritti sulla propria persona oggi in tutti i paesi civili è libero l'uso dei consueti mezzi fisiologici, meccanici e chimici per impedire la fecondazione; se tra questi mezzi, i più usati -- un enteroclisma e un *bidet* (anche se questo reca l'iscrizione ingiuriosa pel Rabbi di Nazareth: *Sinite parvulos venire ad me*) — si possono adoperare per le lavande vaginali tanto a scopo d'igiene che a scopo di espulsione di un importuno embrione, e la volontà di adoperarli, sia pure fraudolenta rispetto al connubio, è in ogni caso sempre una e indivisibilmente diretta a scopo preventivo; il penalista è impotente a dividere scopo e volontà per estrarne il dolo e costruire il reato. In questi casi, in cui si seguono le pratiche moderne e sicure, il preteso *aborto eventuale*, rimane sempre impunito perchè non è punibile, posto pure che sia accertabile.

Data questa mancanza di imputabilità, non si comprende perchè la classe medica si ostini a rifiutare i suoi consigli e l'opera sua quando le si chiede l'aiuto per quei mezzi preventivi diretti all'espulsione dell'embrione non ancora divenuto feto, così come ha diritto e dovere di rifiutare la sua opera quando le si chiede un vero aborto criminoso, cioè un feticidio non giustificabile per motivi di salute.

Con questa astensione il ginecologo rinnega le più moderne esigenze della sua disciplina.

Egli toglie alle migliaia di pretesi aborti, che si compiono ogni anno in tutti i paesi civili, le garanzie della scienza e fa correre così dei gravi pericoli alla salute pubblica lasciando perpetrare l'uso di mezzi e metodi condannati dall'igiene. Egli procura a molte delle donne, cui nega l'opera sua, dei mali fisici e sociali che egli stesso è il primo a condannare come: il suicidio, l'infanticidio, la prostituzione, la miseria e il disonore; si astiene dall'esercitare il suo dovere, di impedire la perpetuazione di malattie ereditarie ed incoraggia anzi la propagazione della degenerazione della razza; rinnega ogni valore ed ogni garanzia fisica della procreazione volontaria, meditata e regolata da sane norme di condotta sessuale.

Noi vorremmo che almeno i ginecologi italiani riuniti a congresso coi penalisti discutessero queste verità, le quali non debbono rimanere un privilegio di fatto delle classi ricche. La soluzione della questione sessuale, che è appunto la questione dell' aborto concepito come diverso dal feticidio — concezione che dipende da una interpretazione di legge da concordarsi tra penalisti e ginecologi e non da una riforma del Codice — questa soluzione della quale a torto finora l' uomo politico si è disinteressato, basterebbe a togliere buona parte di fondamento alla questione sociale.

Le nostre aspirazioni di idealisti in morale ci fanno intravedere un avvenire in cui la questione dell'aborto sarà del tutto risolta.

Noi vedremo l' infanticidio scomparire nelle campagne come è già quasi scomparso in città; nelle stesse città vedremo scomparire il feticidio; e ciò che più importa vedremo ridotto ai minimi termini quell' infanticidio legale amministrativo, moralmente peggiore perchè non scusabile, che si commette nei brefotrofi; vedremo sparire i figli adulterini e incestuosi e diminuire il numero di quelli naturali; e per riflesso vedremo diminuita la popolazione ospitaliera; l'operaio, liberato dalla qualifica di proletario e messo in grado di gustare le gioie del matrimonio; vedremo insomma ristabilirsi a poco a poco coll' aiuto di una sapiente igiene sessuale quell' equilibrio sociale che ora ci apparisce così turbato.

RECENSIONI

WALTHARD. — **Intorno ai sintomi di psiconeurosi da attribuirsi alla menopausa operatoria.** (*Zentralbl für. Gyn.* 25 Aprile 1908).

Quale contributo alla dibattuta questione se la menopausa artificialmente prodotta con un intervento operatorio demolitore, determina la comparsa d' una qualunque sindrome psiconeurotica, riporta i dati tolti da una sua statistica di 64 inferme operate di isterectomia per fibromi.

Di queste 64 inferme prima dell' intervento solo 10 non presentavano sintomo alcuno psiconeurotico; orbene in queste 10 donne alcun nuovo disturbo a carico della sfera nervosa si è dovuto notare. Delle altre 54 inferme, le quali tutte presentavano prima dell' intervento disturbi psiconervosi, 16 sole ebbero una recrudescenza della sindrome già esistente, mentre 38 non presentarono nuovo disturbo.

L' A., da quanto sopra, crede di poter concludere che la menopausa artificiale operatoria provoca turbe psiconervose più o meno intense, solamente in quelle donne, le quali per il loro speciale temperamento vi sono sottilmente predisposte.

Rebaudi

A. MORI. — **L' « istruzione sessuale » ai fanciulli?** (*Il Ramazzini,* Fasc. 6, Giugno 1908).

L' A. confutando le argomentazioni espresse dal Massolongo nel Congresso dell' Alta Italia, Trento e Trieste del settembre 1907 e riportate in un articolo pubblicato nel N. 7 del *Ramazzini* 1908, da noi riassunto, dalle quali si vorrebbe concludere per la necessità di una *istruzione sessuale* ai fanciulli nelle scuole, si dichiara fermamente contrario a questo nuovo sistema pedagogico, col quale le scuole primarie diventerebbero una molto discutibile *scuola delle madri e dei padri futuri.*

Niente adunque *istruzione sessuale* nelle scuole; accontentiamoci solamente di combattere la pornografia, poichè insegnare certi argomenti scabrosi ai fanciulli ed alle giovanette con tavole murali e grafiche e plastiche — sia pure col lodevolissimo quanto utopistico scopo di prevenire mali fisici e morali — *è fare involontariamente della pornografia scientifica,* la più pericolosa di tutte, perchè la più raffinata.

Lasciamo piuttosto certi insegnamenti alla parola savia, cauta ed affettuosa, che sola può e deve venire dalla famiglia; giacchè la morale intima è un po' come la fede: preferisce d' esser accolta e guidata fuori degli ambienti collettivi.

Rebaudi

I. ROUVIER. — **Certificat d' aptitude féminine... au mariage.** (*Revue de Vulgarisation des Sciences Médicales*, Juillet 1908).

Come per l' esercizio di speciali professioni, quali ad es. la carriera militare, si richiede ai candidati un certificato di attitudine fisica. allo scopo di evitare la incorporazione di individui incapaci di sopportarne le fatiche, così l' A. si chiede come non si sia mai pensato a domandare un simile certificato alle giovani candidate al matrimonio: istituzione questa che non ha quale sola finalità la coabitazione legittima, ma ciò che è ben più la propagazione della specie nella famiglia.

La giovane donna che contrae il matrimonio non dev'essere solamente *sposa,* ma anche *madre:* è per questo appunto che noi richiediamo in ogni donna che va a nozze un apparecchio genitale fisicamente ben costituito e tale da darci affidamento sul normale espletarsi di sua attività fisiologica. Di questa però nelle condizioni attuali non possediamo alcuna sufficiente garanzia, e la donna va a matrimonio senza sapere se potrà rimanere incinta o se potrà portare a termine una gravidanza normale.

In considerazione appunto delle gravissime conseguenze che ne possono derivare in alcuni disgraziati ménages, o perchè dice l'A., non si potrebbe domandare alle giovani donne che stanno per abbandonare il celibato un certificato di attitudine fisica alla vita coniugale? Un semplice esame esterno condotto da uno specialista, volto specialmente, se non si vuol essere troppo aggressivi, a rilevare lo stato dei genitali esterni e la conformazione e i diametri del bacino, sarebbe sufficiente ad evitare un cumulo enorme di guai successivi: la rovina di tante famiglie, la morte di numerose spose e madri e di un numero grandissimo di neonati.

Sarà questo oggidì, conclude l'A., un sogno; sogno però che vogliamo ritenere possa un giorno non lontano realizzarsi per il bene comune delle donne, delle famiglie, degli stati e dell' umanità. *Rebaudi*

G. Giolio. — **Le malattie del lavoro in rapporto alla prole, per le influenze nocive arrecate alla gravidanza, al parto, al puerperio, all'allattamento.** *(Atti del I Congresso Nazionale per le Malattie del Lavoro,* Palermo 19-20 Ottobre 1907).

La funzione degli organi genitali stabilisce una distinzione netta e precisa dell' ufficio che ciascun sesso dovrà disimpegnare, ed i doveri che la natura ha imposto all' uno ed all' altro verso la Società.

La gravidanza che tiene occupata la donna per nove mesi, il parto e il puerperio, che la mantengono in riposo per circa 40 giorni, l'allattamento che la rende schiava per due anni circa - il che si ripete, con intervalli liberi, pur occupati da pressanti lavori a servizio della prole, per tutta la vita sessuale, che ha in media la durata di 30 anni - dicono apertamente quale dev' essere l' ufficio suo.

La donna che in questo periodo si sposta, per eseguire quei lavori destinati all' uomo, si allontana dal suo campo d' azione e danneggia se stessa e la prole.

L' interesse della società, per mantenere alto e ricco il suo bilancio, è di avere buona ed abbondante prole, ed è appunto al raggiungimento completo di questa alta finalità che l' ostetrico-ginecologo deve volgere le massime sue cure di sociologo squisito.

La donna è l' elemento essenziale alla riproduzione della specie: ed è appunto alla funzione generativa della donna che noi, pur accordando a lei, tutte quelle guarentigie, che la libertà d' oggi può concederle, pur conservandole tutte quelle cure e delicatezze, che mai l' uomo, anche il più selvaggio, ha lesinato, dovremo volgere le nostre sapienti cure.

Occorre prima preparare la donna alla riproduzione; occorre poi amorevolmente sorreggerla e difenderla in questo periodo vitale.

La donna quindi nell'età sua giovanile (fino ai 20–22 annni d'età) non deve essere sottoposta a gravi pesi, a fatiche esaurienti, a grande consumo di forze, chè ne sarebbe danneggiato il suo corpo, affievolite le sue resistenze, deformato il suo scheletro ed il suo bacino, preparandosi per tal modo malamente alla figliolanza, al parto, all' allattamento.

Durante la funzione di riproduzione occorre la massima quiete nella donna, giacchè in caso contrario si avrebbe la disorganizzazione, e si preparerebbero deformità, debolezze organiche, malattie congenite, donde ne deriva la cattiva prole. Quindi già ad incominciare dal primo inizio della gravidanza occorre nella donna evitare ogni strapazzo, ogni spreco eccessivo di forze, che potrebbero attentare allo stabilirsi delle strette e normali colleganze fra ovulo e mucosa uterina. Norme di igiene gravidica che convien osservare con scrupolosa cura durante il primo ed il secondo trimestre della gestazione, ed ancora maggiormente durante il terzo trimestre, in cui lo strappazzo, i lavori pesanti, oltre che vietare un normale sviluppo del feto, disporrebbero la donna a gravi pericoli, scollamenti precoci di placenta, emorragie gravi, parti prematuri, parti distocici; e poi a puerperi patologici, a pessimi ed insufficienti allattamenti.

Allo scopo di proteggere la donna nella funzione di riproduzione, giustamente in parte si è provveduto e si dovrà ampiamente provvedere, colla istituzione di Casse Maternità, che sussidiano la donna povera, l'operaia a domicilio durante la gravidanza, il puerperio e l' allattamento; di presepi, di asili delle gravide, di refettori, di ricreatori, che servono appunto a preparare la buona prole.

Rebaudi

APPENDICE

CONCORSI UNIVERSITARII

Essendo il nostro periodico una Rivista di *specialità* riteniamo far opera utile il riportare *sempre* le relazioni dei Concorsi per le Cattedre Universitarie di Ostetricia e Ginecologia che si avvicendano in Italia. Da essi i colleghi cultori della Ginecologia potranno, meglio che da qualsiasi altra fonte, farsi un veridico concetto del movimento scientifico e di carriera italiana in questa branca della medicina e dedurne savî ammaestramenti.

Relazione e Controrelazione

della Commissione giudicatrice del Concorso al posto di Professore-Direttore

della R. Scuola pareggiata d'Ostetricia in Novara

FEBBRAIO 1908 (1)

La Commissione incaricata di giudicare sui concorrenti al posto di professore-direttore della R. Scuola ostetrica di Novara, composta dai professori Pestalozza, Truzzi, Bossi, Pinzani, Romiti, fu convocata pel giorno 23 febbraio 1908 alle ore 15 e diede principio ai suoi lavori coll'eleggere a presidente il professor Truzzi, a segretario-relatore il prof. Pinzani, mediante votazione segreta.

Non essendo pervenuta alcuna lettera ministeriale, con cui si annunciasse il ritiro di qualche concorrente dal concorso, l'elenco dei candidati, come venne inviato dal Ministero, si ritiene invariato.

I candidati in ordine alfabetico, sono i seguenti:

1. Alfieri Emilio — 2. Bertino Alessandro — 3. Bidone Ettore — 4. Cordaro Vincenzo — 5. Costa Romolo — 6. Cova Ercole — 7. D'Erchia Florenzo — 8. Ferraresi Carlo — 9. Guicciardi Giuseppe — 10. La Torre Felice — 11. Marocco Cesare — 12. Merletti Cesare — 13. Patellani Serafino — 14. Raineri Giuseppe — 15. Santi Emilio — 16. Sfameni Pasquale.

La Commissione procede all'esame dei titoli dei singoli concorrenti e discute sul merito loro. Da tali esami e discussioni risultano i seguenti giudizi:

Alfieri Emilio. — Laureato a Pavia nel 1898 con pieni voti assoluti, nel novembre dello stesso anno fu assunto come assistente volontario alla Clinica ostetrica di Pavia, dove rimase fino al 1900. In questo periodo fu anche per qualche mese ostetrico supplente presso la guardia ostetrica di Milano.

Dall'agosto 1900 al febbraio 1904 fu aiuto nella Clinica ostetrica ginecologica di Parma, poi aiuto a Pavia, seguendovi il prof. Clivio: posto che occupa tuttora.

(1) Dal « Bollettino Ufficiale del Ministero della Pubblica Istruzione » — Roma, 16-23 Luglio, 1908.

Nel 1900 conseguì per concorso il premio Quaglino. Nel 1903 fu abilitato alla libera docenza a Parma ed ottenne di trasferirla poi a Pavia, dove la esercitò e la esercita tuttora. Ebbe giudizi lusinghieri nei concorsi per Perugia e Cagliari.

Presenta 38 pubblicazioni.

Nella sua produzione scientifica si occupò con speciale interesse di argomenti concernenti la patologia del feto e del neonato, tra i quali meritano speciale menzione:

Cervico-metrite in neonata, 1901.

Sulle incisure congenite della *portio*, 1902.

Contributo allo studio delle alterazioni anatomo-patologiche fetali nella eclampsia puerperale, 1900.

Su di una particolare alterazione del fegato nel neonato come segno di mancata ed incompleta respirazione polmonare, 1907.

In questo gruppo di lavori, taluni di casistica, altri di più estesa ricerca comparativa, altri con corredo di indagini sperimentali, come l'ultimo dei citati, l'Alfieri dimostra buone conoscenze di anatomia patologica e porta un utile contributo al campo, relativamente poco esplorato, della patologia fetale.

In un altro gruppo di lavori si è rivolto a studi di anatomia ostetrica, come ad esempio nei seguenti:

Le dimensioni degli arti in rapporto del B. p. a. dei feti negli ultimi mesi di gestazione, 1902.

Di alcune particolarità di struttura dell'endotelio peritoneale rivestente l'utero puerperale, 1903.

Ha pure studi di fisiologia ostetrica:

Ricerche sul contenuto in ferro del sangue delle gravide, delle puerpere e dei neonati, 1903.

Lavoro pregevole per la copia del materiale diligentemente osservato.

La patologia della gravidanza gli ha fornito occasione a diversi contributi. I più interessanti lavori di questo gruppo sono:

Contributo clinico alla conoscenza delle forme tisiche di eclampsia. anno 1904.

Contributo alla conoscenza dello sviluppo extracoriale del feto, 1904.

Un nuovo caso di sviluppo extracoriale del feto, 1906.

Per la diagnosi dello sviluppo extracoriale del feto, 1907.

Gruppo di lavori che hanno richiamato l'attenzione sopra una rara eventualità e sui rapporti colla marginatura della placenta.

Nello studio della distocia porta qualche breve nota ed un lavoro di maggior mole, frutto di molte ricerche sperimentali e cliniche, che rappresenta il più importante dei contributi del candidato:

Osservazioni cliniche e sperimentali sul meccanismo del parto per la fronte, 1906.

Ha pure contribuito con qualche lavoro allo studio di argomenti di ostetricia operativa e di igiene ostetrica.

Passando al campo ginecologico troviamo:

Pelviperitonite tubercolare in un caso di osteomalacia puerperale gravissima, 1901. — Casistica.

Contributo alla diagnosi degli epiteliomi della cervice uterina, 1903.

Buon contributo clinico.

Contributo alla cura chirurgica del prolasso genitale, 1904.

Con un utile modificazione a processi noti.

Isterectomia totale addominale per contemporanea esistenza di carcinoma e fibromioma del corpo uterino. 1903.

Su di una cisti dermoide retroperitoneale a contenuto non comune, anno 1905.

Per la cura chirurgica delle retrodeviazioni uterine, 1906.

Ed infine oltre ad altre brevi note, un lavoro di paziente indagine bibliografica e critica che ha per titolo:

Dei pessari endouterini ed in particolare del tubetto endouterino di Petit, 1907.

Esso costituisce il maggior contributo del candidato nel campo ginecologico, benché lo scrupolo della ricerca bibliografica e la copia dell'erudizione vi appaiano forse sproporzionate alla tenuità dell'argomento, mentre risulta incompleto l'accenno ad altri metodi di cura della sterilità e della dismenorrea.

Il candidato ha pure ideato un forcipe a branche parallele, alcuni istrumenti ginecologici ed un pelvigrafo, che, insieme ad accurate ricerche pelvigrafiche, dimostra il suo interessamento agli studi di pelviologia.

L'Alfieri offre una buona documentazione di una estesa esperienza clinica e di attitudini didattiche ed operatorie. Ha una buona produzione scientifica, ed è pregevole in essa l'avere specialmente approfondite questioni meno note di patologia fetale e del neonato.

In una serie di lavori nel campo ostetrico, d'interesse piuttosto limitato, spiccano le ricerche di pelvigrafia, quelle sul contenuto in ferro del sangue materno e fetale e specialmente lo studio molto accurato, critico, clinico e sperimentale sulla presentazione di fronte.

Nel campo ginecologico, fra memorie varie e contributi casistici, si distingue una memoria, a carattere monografico, sull'uso dei pessari endouterini, nel quale lavoro però lo sviluppo non è forse corrispondente all'importanza scarsa dell'argomento.

Ad ogni modo, il progresso notato, in confronto dei precedenti concorsi, dà i migliori affidamenti sull'avvenire scientifico del candidato.

Bertino Alessandro. — Laureato a Sassari nel 1895 ebbe da prima la nomina ad assistente nel gabinetto di zoologia e anatomia comparata a Sassari, fu poi per 2 anni in una condotta medica. Nel 1898 assistente volontario di patologia generale a Sassari: nel novembre dello stesso anno passa alla clinica ostetrico-ginecologica di Pavia come assistente volontario.

Il 1.° febbraio 1900 fu nominato assistente nella Clinica ostetrica ginecologica di Cagliari e in tale carica seguitò fino a tutto il 1904.

Supplì il prof. Lauro dal febbraio al giugno 1901 ed ebbe poi tale supplenza anche nell'anno successivo 1901-902.

Nelle ferie estivo-autunnali diresse il comparto ostetrico-ginecologico ospitaliero.

Nel 1904 ebbe di nuovo la supplenza per la malattia sopravvenuta al prof. Tridondani.

Nel luglio 1904 passò come aiuto alla Clinica di Parma, dove nel marzo 1906 ebbe la libera docenza per titoli. Dal primo marzo al 30 giugno 1906 ebbe la supplenza in quella clinica.

Col primo novembre 1906 fu nominato primo assistente e col primo novembre 1907 aiuto nella Clinica ostetrico-ginecologica di Firenze.

Ha esercitato la libera docenza.

Presenta 31 pubblicazioni.

Un gruppo di ricerche è rivolto allo studio della fisiologia della gravidanza. Fra i migliori scritti di questo gruppo figurano:

La permeabilità al bleu di metilene nello stato puerperale fisiologico, anno 1900.

Sul passaggio delle lisine dalla madre al feto, 1905.

Sulla coagulabilità al calore, e sulla viscosità del siero sanguigno, anno 1907.

L'A. mostra con questi lavori di tenersi al corrente di tutti i più moderni metodi di indagine fisiologica per applicarli opportunamente allo studio della fisiologia della gravidanza.

Nel campo della patologia della gravidanza ha contribuito con diverse ricerche. Fra queste meritano ricordo:

Gravidanza extrauterina o ritenzione di feto morto nella cavità dell'utero, 1902.

Da un caso piuttosto oscuro trae argomento ad una discussione, la cui estensione non appare giustificata dalla insufficienza dei dati di fatto.

Della trasmissione di malattie materne ad uno solo dei feti nella gravidanza gemellare, 1905.

Il caso interessante dà occasione all'A. di raccogliere i pochi congeneri della letteratura e di tentarne una interpretazione

Corionepitelioma della vagina per metastasi di mola vescicolare, 1906.

Caso molto accuratameate studiato, con buone considerazioni sull'importanza delle metastasi vaginali.

Osservazioni cliniche e ricerche ematologiche in alcuni casi di grave anemia puerperale, 1907.

È uno dei migliori contributi dell'A; diligente esposizione di un ricco materiale (27 casi). Una lacuna costante in tutte le osservazioni è quella riferibile alla mancanza di qualsiasi accenno allo stato della placenta.

Sul potere emolitico emoagglutinante del siero sanguigno nelle forme gravi di anemia puerperale, 1906.

È un buon contributo sperimentale allo studio delle anemie gravidiche. Però dalla mancata azione emolitica del siero di sangue fetale è eccessivo trarre la conclusione che all'origine dell'anemia puerperale non abbia parte alcun principio emolitico proveniente dal feto o dagli annessi, non avendo l'A. fatta ricerca di sorta con estratti placentari.

Sui difetti di conformazione del feto e sulla fisiologia e patologia del neonato ha pure alcuni buoni contributi. Degni di nota sono:

Osservazioni sulla patogenesi di un caso di eventrazione congenita, anno 1899.

Il tentativo di interpretazione patogenetica è ingegnoso, se anche non suscettibile di diretta dimostrazione.

Contributo allo studio del parto nella anecenfalia e nella idrocefalia, anno 1900.

Lavoro molto esteso in base a ricco materiale e con buone considerazioni cliniche.

Su le amputazioni congenite, 1906.

Non è perfettamente dimostrata l'esattezza della denominazione di amputazione congenita data ai multipli difetti che, anche secondo l'A., potrebbero rappresentare una forma di ectromelia.

Ricerche sull'epoca in cui compaiono alcuni fermenti solubili nel latte muliebre e sul loro significato nell'alimentazione del bambino, 1905.

È più che altro un lavoro spettante al campo pediatrico.

Di lavori nel campo della terapia ostetrica, oltre alcune note casistiche, si trovano:

Dell'uso del veratro verde nella cura dell'eclampsia puerperale e della sua azione sul prodotto del concepimento, 1904.

E' un lavoro clinico esperimentale: i risultati dell'esperimento sono in contradizione con quelli della Clinica per ciò che riguarda la mortalità fetale sotto l'uso del veratro. La ricerca per interpretare questa contradigione appare incompleta.

Un caso di taglio lateralizzato del pube in primipara, 1907.

Mette in evidenza l'aggravamento della prognosi, che deriva dalla infezione in travaglio.

Sull'uso della scopolamina come analgesico nelle partorienti, 1907.

È un buon contributo ad una questione tutt'ora veramente discussa, alla soluzione della quale apporta i risultati di una estesa osservazione personale (400 parti).

Nel campo ginecologico presenta pure vari lavori:

Sulla ipertrofia longitudinale della porzione vaginale del collo dell'utero, 1902.

Buon contributo di ricerche istologiche.

Contributo clinico alla teoria della predisposizione ereditaria nella patogenesi del prolasso genitale, 1903.

Il caso interessante di due sorelle nullipare, colpite da prolasso, giustifica la pubblicazione della nota.

Adenocarcinoma cistico del clitoride, sviluppatosi sopra una cisti dermoide, 1903.

Considerazioni un po' troppo diffuse sopra un caso interessante.

Carcinoma primitivo della tuba, 1906.
Nota di casistica con descrizione anatomica della rara lesione.
Torsione assile di utero fibromatoso, 1907.
Breve nota
Tubercolosi peritonale complicante una cisti dermoide dell'ovaio, 1905.
Incompleta la ricerca bibliografica.

In fine l'A. presenta due rendiconti del lavoro compiuto durante la supplenza alle Cliniche di Cagliari e di Parma, che danno un'idea delle buone attitudini sue al lavoro clinico ed agli interventi operativi.

Il Bertino ha dimostrato nelle Cliniche, ove prestò servizio, una spiccata attitudine alla ricerca scientifica, che egli ha tentato in varie direzioni e sempre per la soluzione di importanti quesiti di ostetricia e ginecologia. Se in alcuni dei suoi primi lavori si notava una certa tendenza ad amplificazioni in considerazioni di minore importanza, nei successivi si constata un notevole miglioramento e si rileva una maggiore tendenza a ricerche di indole sperimentale. Ha dimostrato attitudine all'insegnamento anche nelle occasioni in cui ebbe a dirigere istituti clinici a lui temporaneamente affidati; dimostra ampiamente la sua capacità operatoria.

In generale la sua produzione scientifica è buona.

3. *Bidone Ettore.* — Laureato a Firenze nel 1893, fu subito assistente volontario in quella Clinica ostetrico-ginecologica, dove seguì anche il corso di perfezionamento. Nell'ottobre 1894 passò come volontario alla Clinica ostetrico-ginecologica di Parma, di là nel novembre 1894 seguì a Bologna il prof. Calderini prima come assistente, poi, dal 1898 al 1900, come aiuto. Nel 1901 frequentò il gabinetto di anatomia microscopica ed embriologica del prof. Valenti.

Nel 1898 conseguì la libera docenza per titoli in ostetricia e ginecologia; libera docenza che esercitò ed esercita largamente. Nella Clinica di Bologna, per incarico del professore, tenne un corso teorico di ostetricia agli studenti e alle allieve levatrici.

E' socio della Società medico-chirurgica di Bologna e ostetrico primario degli Ospedali di quella città. Fu dichiarato eleggibile nei concorsi di Novara (57/70), Cagliari (57/70), Pavia (39/50) e Catania.

Presenta 46 pubblicazioni, di cui una litografata e rappresentata da un corso di lezioni alle allieve levatrici. Alcune di esse sono costituite da rendiconti clinici, parecchie sono brevi note cliniche o conferenze alle levatrici, oppure si occupano di argomenti di poco valore teorico o pratico, oppure documentano operazioni eseguite dal candidato. Due pubblicazioni sono estranee alla specialità, una di ostetricia è in collaborazione.

Degni di maggiore considerazione, dal punto di vista anatomo-patologico e batteriologico, sono i seguenti lavori:

Contributo clinico e anatomo-patologico alla conoscenza dei rabdomioni primitivi della vagina, 1895.

Due casi di tumore cheloide dell'ovaio, 1895.

Fibroma con invasione di fibre muscolari striate dell'otturatore interno, 1898.

Eresipela materna, endocardite streptococcica fetale, 1894.

Il quale ultimo lavoro costituisce una attenta e buona osservazione clinica e batteriologica.

In alcuni lavori il Bidone si occupa di distocie, arrecando importanti contributi alla patologia ostetrica:

Distocie gravi da isteropessi, 1897.

Ancora delle distocie da isteropessi alla Fritsch, 1898.

Un taglio cesareo per stenosi sifilitica del collo uterino, 1899.

Inconvenienti possibili nelle gravidanze e nei parti successivi all'amputazione del collo uterino, 1901.

Un altro buon contributo alla patologia ostetrica, specialmente per la rarità del caso, è dato dal lavoro:

Gravidanza tubarica ampollare con torsione del peduncolo, 1904.

Fece pure ricerche sperimentali ben condotte e di una certa importanza, le quali furono rese note nel lavoro:

Sul processo intimo di guarigione nelle resezioni dell'ovario, 1901.
Buoni studi anatomici del candidato sono rappresentati da:
Residuo cartilagineo di organo bronchiale, 1897.
Osservazione di un caso in una neonata.
Formazione della cicatrice ombellicale e modo di comportarsi delle fibre elastiche nelle varie età, 1898.

In una serie di lavori o non molto precise sono le modalità della ricerca sperimentale, o le conclusioni sono incerte e discutibili; o le ipotesi non sono sempre suffragate da buone argomentazioni, o le osservazioni non sono precise o sono confinanti qualche volta con lo strano, se non anche contradditorie, come in:

Differenze fra sangue fetale e sangue materno nelle anemie gravi delle gestanti, 1898.

Azione dei genitali femminei negli avvelenamenti, 1901.

Eclampsia puerperale con arresto completo del respiro naturale cinque ore e mezzo prima della circolazione, 1901.

Un taglio cesareo gemellare per indicazione assoluta (Isteropessia Fritsch), 1903.

Dopo l'ultimo concorso di Cagliari 1906, al quale si presentò il Bidone, furono da lui pubblicati due lavori alla distanza di due anni dall' ultimo contributo (1904).

Forcina di celluloide situata trasversalmente nella vescica di una donna; versione ed estrazione digitale, 1906.

Lavoro di pura casistica.

Contributo clinico sperimentale allo studio dell'estrazione podalica nella varietà natiche, 1906.

La manovra raccomandata dall'A. può trovare rare volte la sua applicazione e può riuscire dannosa al feto, non essendo facile commisurare la forza nell'atto dell'estrazione.

Il Bidone ha avuto buona preparazione. Le sue pubblicazioni sono in parte d'indole pratica. In queste ultime la scelta degli argomenti è meno felice che nelle prime. La produzione importante e lodevole da principio, va di poi perdendo sempre più valore, riducendosi in fine quasi esclusivamente alla pura casistica e non sempre scevra di pecche.

La capacità operatoria nel dominio dell' ostetricia e della ginecologia è provata da rendiconti statistici e da qualche pubblicazione di casi clinici. Avendo fatti corsi agli studenti ed alle allieve levatrici, ha potuto dimostrare le sue attitudini didattiche.

4. *Cordaro Vincenzo.* — Si è laureato a Messina nel 1887 e appena laureato fu assistente, provvisorio dapprima, effettivo di poi (pel biennio 1888-90) alla Clinica ostetrico ginecologica di Messina. Nel 1892 fu assistente straordinario alla Clinica ostetrico-ginecologica di Firenze; nel 1893 assistente onorario a Padova, ove rimase fino al 1896.

In quell'anno conseguì per esame la libera docenza in ostetricia e ginecologia a Padova.

Diresse, come supplente, la Clinica ostetrico-ginecologica di Messina dal 1895 al 1898 e nel 1899 come incaricato. Nel 1899 fu nominato ostetrico-ginecologo primario dell'Ospedale civico di Messina riformando molto lodevolmente la sezione a lui affidata. Tuttora egli presta servizio in tale ufficio.

Presenta 30 pubblicazioni, alcune delle quali sono d' indole ostetrica, altre riflettono argomenti di ginecologia ed altre infine si riferiscono a studi sperimentali.

Appartengono alle prime e meritano ricordo:
Due casi di morte del feto per torsione del cordone ombelicale, 1897.
Del bacino obliquo-ovale. Contributo allo studio della sua genesi, 1896.
Estrazione della testa fetale posteriore al tronco nelle stenosi pelviche di secondo grado colla manovra di Champetiér de Ribes modificata, 1898.
Un caso di gravidanza tubarica con esito in aborto interno, 1903.
Contributo alla diagnosi ed alla terapia della gravidanza extrauterina addominale secondaria, 1905.

Sono utili e buoni contributi clinici, che dalla casistica assurgono a considerazioni d'indole generale. Però il primo è in parte anche sperimentale, in esso si studia l'influenza della torsione del funicolo sulla circolazione dei suoi vasi. Quello sul bacino obliquo-ovale studia la genesi di di esso.

Alle memorie ginecologiche più importanti appartengono le seguenti:

Sul raschiamento uterino in ostetricia e ginecologia, 1895.

Tesi di libera docenza a forma monografica completa e interessante.

L'isterectomia totale associata alla enucleazioue dei fibromiomi dell'utero, 1905.

La proposta è fondata su numerose osservazioni cliniche, ma non è nuova.

L'isterectomia vaginale nei fibromiomi dell'utero e nelle affezioni bilalerali degli annessi, 1902.

Lavoro clinico statistico, basato su un numero grande di casi, che dimostra l' abilità operatoria del candidato e la sua spiccata predilezione per la via vaginale in confronto di quella addominale.

Contributo all'istogenesi delle cisti della vagina.

Nota istologica.

Nuovo metodo di discissione della cervice nei casi di antiflessione congenita dell'utero, 1902.

Studio fondato su casi clinici ed illustrato con ricerche istologiche.

Oltre ai testè citati lavori nel campo della ginecologia, se ne trovano alcuni altri, che rappresentano contributi di casistica su argomenti vari, talvolta studiati anche dal lato anatomo-patologico.

Presenta poi alcuni lavori sperimentali.

Sulla fissazione dei pigmenti biliari nella placenta durante la gravidanza complicata da itterizia, 1903.

Ancora sulla fissazione dei pigmenti biliari della placenta, 1904.

Sul potere della placenta di fissare alcune sostanze estranee, 1904.

Lavori importanti, nei quali si prova come i pigmenti biliari e la alizarina durante la gravidanza restano fissati nella placenta senza passare nel feto e nel liquido amniotico.

Il passaggio dell'acido salicilico dalla madre al feto e nel liquido amniotico e le lesioni istologiche prodotte dall'acido salicilico nel rene fetale e nella placenta, 1906.

Studio non privo d'interesse, però le sue applicazioni cliniche sono ancora discutibili, tanto più che gli esperimenti furono eseguiti con dosi tossiche del farmaco.

Presenta infine vari rendiconti clinici, dai quali appare la sua abilità operatoria.

Il Cordaro è uno dei più segnalati fra i concorrenti per ciò che riguarda la perizia operatoria nel campo ginecologico, avendo negli ultimi tempi migliorato anche in quanto concerne il rigore delle indicazioni agli interventi. Tale competenza nel campo ginecologico si mostra sorretta anche da buoni studi di anatomia patologica e da interessanti illustrazioni di casi clinici. La produzione ostetrica per contro è piuttosto deficiente e non manca di gravi mende. Segnano però un miglioramento evidente le pubblicazioni fatte negli ultimi tempi, sebbene qualcuna si presti a serie obiezioni. Il candidato ha dimostrato le sue attitudini didattiche e dà prova di continua attività, forse un po' rallentata dall'epoca dell'ultimo concorso.

2. *Costa Romolo.* — Laureatosi a Pavia nel luglio 1899 con lode, ottenne in quell'Università il Premio Speranza, frequentò nel 1900 il corso di perfezionamento di ostetricia e ginecologia in Firenze, poscia passò assistente volontario nella clinica medica di Genova (anno scolastico 1900-01). Nel biennio successivo 1901-903 tenne il posto di primo assistente presso la clinica ostetrico-ginecologica di Messina. Nel triennio 1903-906 occupò la carica di secondo assistente e poi di primo assistente incaricato presso la R. Scuola ostetrica di Milano. Da ultimo fu nominato primo aiuto presso l'Istituto ostetrico-ginecologico di perfezionamento in Milano.

Tenne lezioni a studenti e levatrici a Messina, a medici e levatrici a Milano.

Fu abilitato alla libera docenza in ostetricia e ginecologia per esame nel 1906.

Presenta un elenco di 73 operazioni ginecologiche da lui eseguite nell'Istituto milanese e di 207 operazioni ostetriche, fra cui figurano 5 tagli cesarei e una pubiotomia.

È nuovo nei concorsi universitari.

Presenta 22 pubblicazioni, la maggior parte delle quali sono di argomento ostetrico. Fra queste meritano di essere ricordate:

Dell'acetonuria nello stato puerperale, 1901.

Il lavoro è condotto con diligenza e buon metodo. Può avere qualche interesse per quanto l'argomento sia stato già in precedenza largamente sfruttato.

L'uncino ottuso per l'estrazione della testa postica, 1903.

Breve nota clinica.

Ricerche cliniche sull'albuminuria in gravidanza, in travaglio ed in puerperio. 1903.

Tali ricerche sono state fatte su 37 donne della clinica di Messina e 50 della clinica di Pavia. L'A. rileva l'influenza dell'ambiente nella genesi dell'albuminuria. Questo lavoro avrebbe assunto una qualche maggiore importanza, se per le donne della clinica di Messina non fosse stato omesso il dosaggio dell'albumina.

Contributo allo studio dell'ematoma tuberoso della decidua, 1903.

Caso diligentemente studiato, le argomentazioni hanno però bisogno di ulteriori documentazioni.

Ricerche sui fermenti digestivi delle urine nello stato puerperale, 1904.

Il lavoro, malgrado l'incertezza dei metodi d'esame, non imputabile all'A., non manca d'interesse nel campo della fisiologia ostetrica, i dati delle esperienze collimano con quelli dell'osservazione clinica.

Sopra un sintomo di rottura uterina, 1904.

Insiste sull'importanza semeiotica dell'enfisema periuterino, la quale è stata già da tempo rilevata.

Sul passaggio dei grassi da madre a feto, 1904.

Intorno alla lipasi della placenta.

Intorno all'attività lipolitica della placenta, 1905.

Con questi 3 lavori l'A. si è interessato di studiare come avvenga il passaggio dei grassi dal sangue materno al villo coriale, portando così un contributo di qualche valore allo studio della funzionalità placentare. La tecnica dell'esperimento è in qualche punto poco precisa.

Sopra un caso raro di rottura precoce dell'utero con gravidanza a termine e putrefazione del feto, 1903.

Trattati di un caso molto oscuro: l'interpretazione di esso sembra del tutto azzardata.

Intorno alla genesi della rottura della tromba gravida, 1906.

Il Costa insiste nel concetto di antagonismo tra azione distruttiva dell'epitelio del villo e reazione deciduale, che nella tuba sarebbe meno attiva ed efficace che nell'utero. Tale concetto per quanto ipotetico, non manca di essere persuasivo.

Di un possibile parallelo tra l'operazione cesarea conservatrice ed il taglio lateralizzato del pube, 1906.

Le indagini, su cui si basa il lavoro, sarebbe necessario fossero più numerose.

Di alcune attività della capsula surrenale in relazione colla gravidanza, 1906.

Il metodo di ricerca è poco preciso e può esporre facilmente ad errori; la letteratura sull'argomento è incompleta.

Considerazioni ed esperienze sopra alcune attività placentari in relazione con quelle di altri organi, 1906.

Riconoscendo che la placenta ha attività proteolitica e lipolitica infe-

riore a quella di parecchi altri organi e tessuti, diminuisce l'importanza del lavoro precedente sulla lipasi.

Intorno alla gravidanza tubarica gemellare di un lato, 1907.

Sulla base di un caso clinico, molto raro, l'A. ricerca i casi consimili nella letteratura.

Intorno a due casi di osteomalacia, 1907.

Fa sulla patogenesi dell'osteomalacia mere ipotesi senza alcun contributo di ricerche personali.

I lavori di argomento ginecologico sono i seguenti:

Ricerche sperimentali sull'azione dei prodotti di ricambio dei batteri sopra l'endometrio 1903-04.

Le conclusioni sono abbastanza documentate.

Le insufflazioni addominali d'ossigeno nella sepsi post-laparatomica, 1905.

Il tentativo terapeutico, a confessione dell'A, non ha dato risultati costanti nè nel campo della clinica, nè in quello dell'esperimento sugli animali.

Le vie di diffusione del cancro dell'utero. 1906.

É un diligente studio anatomo-patologico, in cui non mancano ricerche personali, particolarmente sulla diffusione del cancro per la via dei nervi.

Intorno alla motilità di tumescenze pertinenti all'intestino come sintoma differenziale. 1907.

Richiama l'attenzione dei clinici sopra alcuni criteri di diagnosi differenziale; però nel caso speciale la tumescenza non era dell'intestino, ma intimamente unita ad esso.

Il Costa ha buona preparazione scientifica e clinica e nel posto di aiuto alla Clinica di Milano, che attualmente occupa, trova opportunità di esplicare le sue attitudini cliniche ed operatorie.

Ha buoni lavori di ricerche sperimentali, se pure qualche volta pecchino per difetto di rigore nel metodo e per soverchia arditezza nelle conclusioni. Tali mende si sono andate correggendo nelle pubblicazioni più recenti, dove si trovano parzialmente rettificati i risultati di anteriori ricerche. È lodevole la diligenza dell'osservazione clinica; ben dimostrata l'attitudine didattica.

6. *Cova Ercole*. — Laureato in Firenze con lode, fu assistente volontario nell'Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze negli anni scolastici 1901 1902 e 1903. Col 1. novembre 1903 ebbe la nomina di assistente effettivo ed occupò tale posto fino al marzo 1906, quando passò alla Clinica ostetrico-ginecologica di Roma in qualita di aiuto onorario e col 1. novembre 1907 in qualità di primo aiuto; carica, che tiene tuttora.

Nel maggio 1906 conseguì per titoli la libera docenza in ostetricia e ginecologia e l'esercitò nel 1906-907, come pure l'esercita in quest'anno. Lusinghiero giudizio nell'ultimo concorso per Cagliari.

Presenta 44 lavori, di cui 7 pubblicati dopo l'ultimo concorso di Cagliari 1906. Uno dei lavori, eseguito in collaborazione, è estraneo alla specialità. Qualche utile lavoro riflette l'igiene dell'allattamento.

Non poche pubblicazioni rappresentano esposizioni di casi clinici di un certo interesse, spesso corredati di osservazioni anatomiche e da buone considerazioni. Fra queste figurano:

Studio istologico di un caso di elefantiasi della vulva, 1902.

Due casi di malformazione dei genitali muliebri, 1902.

Endotelioma del collo dell'utero, 1903.

Endometrite tubercolare in puerperio, 1903.

Nefrectomia e gravidanza, 1903.

Mostruosità fetali multiple, 1904.

Modificazioni istologiche dei polipi mucosi dell'utero nei casi di gravidanza extrauterina, 1904.

Contributo alla casistica delle cisti vaginali, 1904.

Le emorragie genitali nella gravidanza, non derivanti dalla cavità uterina, 1904.

Di una rara forma di piosalpinge, 1905.
Idrometra nel corno rudimentario di utero bicorne con idrosalpinge, 1906.
Piosalpinge tubercolare, bilaterale, e comunicazione delle due sacche per mezzo dei padiglioni, 1906.
Contributo allo studio della nevrosi nei fibromi uterini, 1906.
Col seguente gruppo di ricerche il candidato si occupa di ematologia ostetrica:
Comportamento dei leucociti eosinofili durante il travaglio di parto e nelle albuminurie gravidiche, 1902.
Buon lavoro, sebbene alcune affermazioni siano basate sopra scarsi dati di fatto.
Sul modo di comportarsi dei leucociti ed eosinofili in circolo nella gravidanza, nel parto e nel puerperio, 1903.
Si aggiungono nuovi casi a quelli del lavoro precedente.
La reazione iodofila del sangue nello stato puerperale, 1906.
Le modificazioni del sangue nella gravidanza normale, 1904.
Lavoro accurato, riassuntivo di ricerche altrui e ricerche proprie sull'argomento con qualche nuova veduta personale.
Ricerche ematologiche sopra un caso di gravidanza in donna splenectomizzata 1906.
In un'altra serie di lavori, assurgendo da casi di propria osservazione raccoglie i casi simili esistenti nella letteratura per trarne deduzioni sintetiche. Ad essa appartengono:
Contributo allo studio delle caruncole amniotiche, 1903.
Gli endoteliomi dell'utero, 1904.
Per la genesi dei cistomi racemosi dell'ovaio, 1904.
La complicanza del uretrocene vaginale con la calcolosi, 1904.
Le oftalmie metastatiche puerperali, 1905.
Carcinoma primitivo della vagina complicante la gravidanza, 1905.
Le metastasi vaginali dei carcinomi del corpo dell'utero, 1905.
In questi lavori l'osservazione è attenta: diligente la ricerca della letteratura ben condotte le conclusioni.
Vi è pure un gruppo di lavori fondati sopra statistiche tratte dal materiale della clinica di Firenze, i quali lavori portano a deduzioni sintetiche. In questo gruppo figurano:
La prognosi materna e fetale nei casi di infezione del liquido amniotico, 1905.
Lavoro importante dal punto di vista pratico e ben documentato.
Sarebbe stato desiderabile fare distinzione tra putrefazione e vera infezione del liquido amniotico.
Le indicazioni moderne agli interventi embriotomici, 1906.
In questo lavoro, di reale interesse, appare non giustificata la preferenza, in tutti casi, del forcipe all'embriotomo, anche quando il feto morto è impegnato profondamente.
Per la lotta contro il cancro dell'utero, 1905.
L'eclampsia nelle pluripare, 1905.
Sull'eclampsia recidivante, 1905.
Sono lavori d'indole sperimentale i seguenti:
Sullo strappo del cordone ad amnios integro, 1904.
Esiste una citotossina specifica per l'ovaio?, 1905.
Sulla funzione secretoria dell'epitelio tubarico, 1907.
Esperimenti ed esami istologici condotti con accuratezza nei lavori di questo gruppo.
Un ultimo gruppo dei lavori riflette indagini anatomiche, con speciale riguardo alla placentazione umana, nelle quali il candidato dimostra speciale competenza e fornisce descrizioni minute e pregevoli e improntate a novità:
Note anatomiche sulla gravidanza tubarica, 1906.
Sul contegno degli spazi intervillosi nella gravidanza tubarica, 1906.

Di un uovo umano della seconda settimana, 1907.

Sulle cosidette cellule di Langhans periferiche e i loro rapporti coi vasi, 1907.

Sopra alcune particolarità di struttura degli epiteli nella tubercolosi del collo dell'utero, 1907.

Il Cova ha buona preparazione. Benchè molto giovane, ha numerose pubblicazioni, delle quali, ad eccezione di una, tutte si riferiscono alla specialità ostetrico-ginecologica. Se molte di esse sono dirette ad illustrare casi clinici, alcune rivestono carattere sintetico. Egli ha inoltre tentato lavori d'indole sperimentale. Si rileva pure esperto negli esami istologici e porta buoni contributi, fra i quali sopratutti notevoli quelli intorno alla placentazione umana. In tutte le pubblicazioni, che in genere sono ben condotte, dimostra acume critico e conoscenza della letteratura. I posti occupati negli istituti di ostetricia e ginecologia danno affidamento dell'abilità sua nell'esercizio clinico e della capacità operatoria in queste specialità. Da due anni esercita la libera docenza, dando così prova delle sue qualità didattiche.

7. *D'Erchia Florenzo.* — Laureato a Firenze nel 1894 con lode, nell'anno 1894-95 fu assistente volontario nell'Istituto anatomico di Firenze; di poi fino al 1898 assistente volontario nell'Istituto ostetrico-ginecologico di quella città. Nel 1898 passò assistente effettivo presso la Clinica ostetrico-ginecologica di Genova e vi rimase fino al 1901. Fu classificato secondo fra gli eleggibili al posto di perfezionamento all'estero in embriologia. Ebbe l'idoneità al posto di chirurgo ostetrico primario a Genova.

Conseguì la libera docenza per esame in ostetricia e ginecologia nel 1901.

Fu dichiarato eleggibile e riportò buone votazioni e giudizi lusinghieri in vari concorsi universitari.

Presenta 44 lavori: quattro di essi sono di pura anatomia; quattro furono pubblicati dopo l'ultimo concorso di Cagliari, 1906.

I lavori di pura anatomia:

Contributo allo studio della struttura e delle connessioni del ganglio-ciliare, 1895.

Contributo allo studio della volta del cervello intermedio della regione, ecc., 1896.

Di un piccolo corpo vescicolare posto sulla volta del cervello anteriore, ecc., 1901.

Sono buoni lavori e rilevano la buona educazione scientifica, la soda cultura e l'abilità tecnica del candidato.

Numerosi sono i lavori di anatomia, fisiologia, patologia e clinica ostetrica, tra questi hanno un certo valore quelli di anatomia, fisiologia e anatomia patologica, che rivelano una speciale competenza del concorrente in questi campi ed apportano utili contributi su questioni molto dibattute. Notevoli sono nel campo dell'anatomia:

Sull'annidazione dell'uovo e sullo sviluppo e struttura della placenta allantoidea e vitellina nel topo bianco, 1901.

Contributo allo studio dell'utero gravido e puerperale con speciale riguardo allo studio dello sviluppo e struttura della placenta, 1898.

La strato cellulare del Langhans ed il sincizio dei villi coriali di un giovane uovo umano, 1901.

Contributo allo studio dell'utero gravido e partoriente, 1902.

Esiste una perfetta omologia nella placenta dei vertebrati? L'origine fetale del sincizio nella placenta umana, 1906.

Beitrag zum studium des Bindegewebes des Uterus während der puerperalen Rückbildung, 1897.

Lavori accurati, eseguiti con metodi moderni, i quali portano a notevoli e importanti conclusioni specialmente sull'annidazione dell'uovo umano e sulla struttura dell'utero gravido, partoriente e puerperale.

Nel campo della fisiologia ostetrica meritano ricordo:

Di alcune ricerche chimico-fisiche nello studio del ricambio materiale fra madre e feto, 1902.

Ueber den Gefrierpunkt des emütterlichen und fötalen Bltes Sowie der Amnionflüssigkeit, 1904.

Lavori interessanti a base di indagini crioscopiche.

Fra i lavori di anatomia patologica ostetrica figurano principalmente Ricerche sperimentali sulla ritenzione degli annessi ovulari, 1899.

Di alcune osservazioni sulla genesi e struttura della mola vescicolare e del corionepitelioma maligno, 1906.

Fra i lavori d'indole clinica nel campo dell'ostetricia, e quelli in buona parte sono costituiti da note casistiche, meritano speciale ricordo:

Contributo allo studio della placenta previa, 1906.

Studio critico della cefalotrisia, cranioclasia ed embriotomia, 1902.

Lavoro critico fatto su ricco materiale.

Un terzo gruppo di lavori è costituito da quelli di patologia e clinica ginecologica. Fra molte note cliniche e brevi illustrazioni emergono in questo gruppo:

Contributo allo studio del cancro primitivo dell'utero, 1897

Un rendiconto clinico ed alcuni contributi casistici documentano l'abilità operatoria del candidato.

Il D'Erchia iniziata la sua carriera scientifica con un'ottima preparazione anatomica, si distinse subito per buoni e taluni ottimi contributi embriologici, grazie ai quali può dirsi fra tutti i concorrenti il più segnalato in questo indirizzo di ricerche. Non altrettanto può dirsi della bontà degli altri contributi. Portato fuori del campo della ricerca anatomica e embriologica, la sua produzione diminuisce di valore, perdendosi spesso in note casistiche. Nel campo clinico, se non si dimostra insufficiente come operatore, ha però prodotto scarsamente e la sua produzione in questo campo non può gareggiare con quella anatomica In qualcuno di questi ultimi lavori è stata lamentata una certa precipitazione di giudizi.

Il D'Erchia è libero docente ma non risulta che di tale titolo si sia servito finora per l'insegnamento.

8. *Ferraresi Carlo.* — Laureato a Bologna con pieni voti assoluti, ottenne i posti di proassistente, assistente ed aiuto in quella clinica ostetrica; frequentò cliniche e laboratori diversi e segnatamente le sale ginecologiche del prof. Ruggi e del prof. Fabbri.

Conseguì la libera docenza per titoli in ostetricia e ginecologia a Siena, libera docenza che poi fu trasferita ed esercitata a Bologna.

Fondò la Società Bolognese per l'istruzione delle levatrici.

Dal 1904 dirige il reparto ostetrico-ginecologico a Camerino.

Ha 32 pubblicazioni, tra le quali si distingue un gruppo dedicato allo studio del parto in alcuni feti mostruosi con minuziose descrizioni specialmente delle varietà di acrania più importanti dal punto di vista ostetrico.

Contributo sperimentale allo studio anatomico ed ostetrico degli anencefali.

Ricerche sperimentali intorno al parto di alcuni feti mostruosi, 1899.

Parto sperimentale nei tipi semplici e complicati dell'acrania e in altri tipi teratologici, 1904.

Presentazione di tavole sui meccanismi di riduzione dell'acrania, 1903.

Un altro gruppo è consacrato allo studio di anomalie di formazione dei genitali femminili. Vi ha speciale importaaza il lavoro:

I setti trasversali della vagina sotto il rapporto dell'origine congenita della proiezione vaginale, e della importanza ostetrica, 1897.

Ricco di erudizione e dove figura anche un tentativo di ricerca sperimentale.

Buoni in questo campo anche gli studi sulla anatomia normale e patologica delle trombe e sulle curve tubariche, sulle cisti della tuba, sull'utero bicorne nei riguardi ostetrici.

Contributo allo studio dell'anatomia normale e patologica delle trombe di Falloppio nella età fetale, adulta e in gravidanza, 1894.

Ancora delle cisti tubariche, 1895.

Sulle curve tubariche, 1901.

Sviluppo e complicanze ostetriche nell'utero bicorne a logge placentali e fetali distinte, 1906.

Diverse note d'indole puramente casistica e polemica, con brevissimo sviluppo, riguardano il bacino ampio, l'atteggiamento viziato del feto, la posizione estesa nel parto:

Del bacino ampio, 1891.

Intorno alla dottrina del viziato atteggiamento dell'utero nella produzione degli incurvamenti congeniti, 1893.

Intorno alla questione storica delle posizioni estese nel parto, 1901.

Due brevi lavori illustrano l'origine delle metrorragie delle neonate da condizioni asfittiche.

Metrorragie delle neonate, 1901.

Sulle metrorragie delle neonate, 1904.

Maggior importanza hanno le ricerche spettro-fotometriche sui pigmenti placentari, fatte con severo metodo scientifico, e, su argomento analogo, quelle sul calcio, ferro e funzione pigmentaria della placenta.

Ricerche spettro-fotometriche sui pigmenti placentali, 1905.

Ricerche sui pigmenti placentali, 1905.

Sull'assorbimento placentale del ferro, 1906.

Sulla catalasi placentare, 1906.

Il calcio, il ferro e la funzione pigmentaria della placenta, 1907.

In tutti questi lavori, se si deve lodare il metodo rigoroso della ricerca, non si può a meno di lamentare la forma negletta dell' esposizione che rende qualche volta oscuro ed involuto il pensiero dell'A.; difetto questo, che è comune anche alle più recenti note del Ferraresi:

Sulla diffusione dell'adeno-carcinoma del corpo dell'utero, 1907.

Interventi embriotomici nella presentazione del tronco, 1907.

Uno dei lavori più pazienti e meglio ordinati è:

Sullo streptococco vaginale, 1907.

Dove con tutte le risorse della più recente tecnica batteriologica si mira a determinare le qualità di uno streptococco, isolato dalla vagina, con opportuni riferimenti alla importante questione dell'autoprotezione. Altra buona nota di argomento batteriologico è:

Blastomiceti e streptococchi nel liquido amniotico, 1905.

In fine un rendiconto statistico documenta alcune cure praticate nel campo ostetrico-ginecologico.

Il Ferraresi ha discreta preparazione fondamentale. La sua produzione scientifica, piuttosto scarsa particolarmente nel campo clinico, non è però priva di qualche lavoro di discreta importanza, sia in argomenti di anatomia patologica e di biochimica, sia nello studio di condizioni teratologiche dell'apparato genitale femminile. Buone sono pure alcune recenti ricerche sulla condizione batteriologica del canale vaginale.

Lascia però a desiderare la produzione nel campo clinico. Tutti poi i lavori del candidato sono menomati nel loro valore per un difetto di chiarezza nell'esposizione. Deficiente la documentazione della sua attitudine clinica, operatoria e didattica; onde egli non può finora aspirare con fondamento alla direzione di un istituto clinico di seria importanza.

9. *Guicciardi Giuseppe.* — Laureato a Firenze con voti 110 su 110 nel 1896, fu subito dopo assistente volontario in quella clinica ostetrico-ginecologica e in seguito 2° assistente; poi 1° assistente ed aiuto ed ora aiuto onorario. Dal febbraio al luglio 1900 fu 1° assistente alla clinica ostetrica di Messina e dal gennaio 1907 è incaricato dell'insegnamento e direzione della clinica ostetrico-ginecologica di Cagliari.

Nei 1903 conseguì per esame la libera docenza in ostetricia e ginecologia e d'allora ebbe ad esercitarla fino a tutto il 1906.

Bonissimi giudizi nei concorsi di Cagliari e in quello di Perugia.

Presenta 33 pubblicazioni, fra cui si annoverano 2 rendiconti clinici uno dell'Istituto di Firenze, l'altro dell'Istituto di Cagliari, durante la direzione tenuta dal candidato. Specialmente quest'ultimo documenta l'attitudine operatoria di lui, come pure lo documenta un elenco di numerose operazioni, anche gravi, ben riuscite, allegato ai documenti.

La maggior parte dei lavori riflette argomenti ostetrici e fra essi non pochi si riferiscono a note cliniche.

Di queste meritano menzione per la speciale importanza i seguenti:

Taglio cesareo per placenta previa centrale, 1901.

Si dimostra la convenienza del taglio cesareo in taluni casi di questa distocia.

Sulla diagnosi di presentazione di spalla, 1902.

Si indica un segno nuovo, rilevabile al tatto solo però in talune circostanze, come l'A. stesso fa rilevare.

Gravidanza gemellare; presentazione di fronte; anomalie del III e IV tempo. 1903.

Buon contributo clinico.

Terzo caso di taglio lateralizzato del pube nella maternità di Firenze. anno 1903.

Taglio lateralizzato del pube in donna primipara, 1906.

In questi lavori viene data relazione di 2 casi operati a Firenze, uno con esito felice, l'altro con esito infausto per la donna, e vi si aggiungono buone considerazioni pratiche.

Su nuovi casi di taglio cesareo con incisione traversale del fondo, 1904.

Osservazioni cliniche interessanti.

Idronefrosi destra, pielonefrite sinistra in gravidanza al V mese, 1905.

Dall'osservazione clinica di un caso raro ed importante si desume una prova indiretta sull'essenza dell'autointossicazione gravidica.

Considerazioni su alcuni casi di cardiopatia in gravidanza, 1902,

Buon contributo su questa complicanza della gestazione: l'A. mette in vista la necessità di fattori estrinseci alla gravidanza per determinare lo scompenso cardiaco, ciò che dà impronta di novità al lavoro.

Altri lavori d'indole ostetrica, basati su molteplici casi clinici o propri solamente o insieme ad altri raccolti nella letteratura, assurgono a considerazioni generali di notevole interesse:

Indicazioni meno comuni al taglio cesareo, 1903.

Il tema, assai vasto, è svolto con ordine e buon criterio critico.

Tumori ovarici e gravidanza, 1904.

Si propugna l'ovariotomia in gravidanza. La letteratura presenta qualche lacuna.

Miomectomia in gravidanza, 1904.

Buon contributo di osservazioni cliniche ed interessanti considerazioni. Discutibile l'ipotesi sulla tolleranza dell'utero agli interventi operativi.

Il parto per il fronte, 1906.

Lavoro basato su 19 casi occorsi nella clinica di Firenze: su di essi si fanno utili considerazioni cliniche.

La cura chirurgica nell'infezione puerperale a forma trombo-flebitica, 1906.

Lavoro principalmente critico e di conferma, che ha il merito di avere richiamato in Italia l'attenzione dei pratici sopra la legatura delle vene uterine e utero-ovariche.

Tubercolosi e gravidanza. 1907.

Buon contributo di casi clinici: lodevole l'opinione espressa apertamente ed energicamente contro la proposta avanzata da taluni sulla opportunità dell'interruzione sistematica della gravidanza in tale malattia.

Il candidato ha poi diversi lavori di anatomia ovulare normale e patologica:

Contributo allo studio dell'infarto bianco della superficie fetale della placenta, 1897.

Lavoro fondato sull'osservazione di 200 placente, che porta alla conclusione che il detto infarto non ha significato patologico e rappresenta un fatto regressivo dell'epitelio coriale.

La decidua in rapporto alla gravidanza molare ed ai residui ovulari, 1899.

Studio istologico d'interesse e ben fatto.

Alterazioni placentari dell'albuminuria gravidica, 1904.

Traendo occasione dalla nota frequenza degli infarti placentali dell'albuminuria, si sofferma a studiare l'argomento da un punto di vista nuovo: la cronologia della comparsa di tali infarti. L'argomento trattato è molto interessante e viene svolto abbastanza estesamente.

A proposito di un uovo umano dell'età circa di 15 giorni, 1902.

Tende a risolvere un problema importante di embriologia umana. Descrizione istologica accurata del preparato: degno di nota è il reperto dello sbocco dei capillari della caduca nella camera incubatrice e della precoce comparsa di un circolo intervilloso. Fornisce occasione ad importanti considerazioni sui primi stadi di sviluppo dell'uovo e tende a confermare la vecchia teoria della fissazione ed accrescimento dell'uovo e della formazione della caduca reflessa. La letteratura è ben raccolta. È questo uno dei lavori più segnalati dell'A. e porta un contributo importante alla fisiologia ostetrica.

Da ultimo, nel campo ostetrico presenta un lavoro critico-sperimentale, tendente a dimostrare infondata la pretesa periodicità della pressione sanguigna in gravidanza, quale è ammessa dallo Schatz.

Esiste una periodicità nella pressione sanguigna in gravidanza? 1906.

Presenta poi una serie di lavori d'indole ginecologica, fra i quali alcuni rappresentano contributi casistici:

Le lesioni accidentali dell'intestino durante gl'interventi laparatomici, 1904.

Relazione di 4 casi con descrizione di un nuovo metodo di riparazione eseguito dal prof. Pestalozza.

Resezione spontanea della tuba, 1905.

Relazione di alcuni casi osservati nella clinica di Firenze.

Considerazioni su alcune laparotomie, 1905.

Lavoro casistico, concorrente a dimostrare l'abilità operatoria del candidato.

Contributo allo studio delle raccolte sierose della tuba, 1906.

Osservazioni anatomo-patologiche, dalle quali si assurge a serie e buone conclusioni generali.

Tumori fibrosi originatisi dalla muscolatura estrinseca dell'utero, 1906.

Osservazioni anatomiche con qualche considerazione specialmente in riguardo alla diagnosi.

Contributo allo studio delle raccolte pelviche suppurate in donna vergine, 1907.

Relazione di un caso raro.

I due seguenti rappresentano lavori d'insieme di molto maggior valore dei precedenti.

Chirurgia conservatrice dell'ovaio, 1907.

Sulla base di 18 casi di resezione ovarica praticata nella clinica di Firenze e sulla base di altri casi registrati nella letteratura, il candidato studia il destino del moncone ovarico e la sua utile influenza sull'organismo, in contrapposto ai disturbi ovarioprivi conseguenti alla castrazione; studia il modo di comportarsi della mestruazione e la possibilità della gravidanza. Il lavoro è ben condotto: le conclusioni sono favorevoli alla resezione, limitandone le indicazioni e le controindicazioni.

Fibriomiomi dell'utero e loro complicanze, 1907:

Lavoro monografico, basato su un ricco materiale clinico. Dei diversi capitoli, in cui esso è stato diviso, vennero finora trattati solo i primi quattro, fra i quali merita particolare attenzione quello sulla menopausa nei fibromi.

A dimostrare nel Guicciardi la capacità didattica e l'attitudine ai più gravi interventi operativi basta ricordare che egli per 12 anni è stato in importanti istituti ostetrici ed ha avuto dalla fiducia della Facoltà di Cagliari l'incarico e la direzione di quella clinica per 2 anni. I suoi lavori ad indirizzo specialmente clinico costituiscono pregevoli contributi a questioni d'importanza ostetrica, nonchè ginecologica. Pregevolissimi contributi

a ricerche di fisiologia e patologia ovulare, e specialmente un'ottima descrizione di un uovo delle prime settimane di sviluppo e gli studi su diverse lesioni placentari, indicano la sua competenza in istudi di embriologia e di anatomia patologica speciale. Così preparato il Guicciardi figura tra i più competenti e studiosi candidati e può dirsi maturo per l'insegnamento e la direzione di una clinica.

10. *La Torre Felice.* — Laureato a Napoli nel 1870, fu medico di battaglione e poi capitano medico. Diede le sue dimissioni dall'esercito nel 1883 e passò a Parigi, dove iniziò la sua carriera ostetrica; studiò ivi con Tarnier, Budin, Charpentier, Apostoli, Doléris; frequentò poi altre rinomate cliniche estere, e, tornato in Italia, fondò in Roma nel 1889 un privato istituto ostetrico-ginecologico, al quale diede il suo nome.

Nel 1890 conseguì la libera docenza in ostetricia, nel 1898 quella in ginecologia ed ha attestati di averla esercitata ampiamente.

Fu dichiarato eleggibile nel concorso di Messina e in quello di Pavia per ordinario (40/50), di Cagliari e di Catania per straordinario.

Presenta 68 pubblicazioni, di cui 5 non iscritte nell'elenco, mentre in esso ne figurano 3 (oltre una cancellata dal concorrente), che non sono allegate.

In un primo gruppo che comprende:

Du développement du foetus chez les femmes à bassin vicié, 1887.

Des conditions qui favorisent ou entravent le développement du foetus, 1888.

Dell'influenza dell'eredità morbosa sullo sviluppo del feto, 1889.

Le dimensioni della testa fetale dal punto di vista biologico ed antropologico, 1894.

Il canditato esamina con molta diligenza le influenze che momenti vari esercitano sullo sviluppo del feto, concludendo che fra tutti, lo stato di salute del padre è quello che esercita un'azione preponderante.

A questo gruppo può essere ascritto anche il lavoro:

Dello sviluppo fetale e della sua mortalità in rapporto collo stato sanitario dell' operaio, 1906; il quale riveste carattere igienico sociale e dimostra l' influenza del padre e di certe condizioni morbose, insite in lui, sullo sviluppo e sulla vita del feto.

Si occupa della patologia del puerperio coi seguenti lavori:

Osservazioni e note cliniche sulle infezioni puerperali, 1890.

Intorno all'indicazione dell'isterectomia nelle infezioni puerperali ed alla cura di esse, 1901.

Del meccanismo di azione degli ascessi di fissazione. 1904,

Nel primo dei quali si dà relazione di alcuni casi clinici da cui traggonsi conclusioni troppo assolute; nell'ultimo, con esperimenti, si confermano le idee di Charles con qualche veduta personale dell'A.

Tratta della patologia della gravidanza nei seguenti lavori:

Un caso di oligoidramnios, 1892.

Contributo all'etiologia e alla anatomia patologica dell'oligoidramnios, 1901.

Mostruosità fetale ed idramnios acuto, 1893.

Ammette che l' alcoolismo paterno sia causa di malattia ovulare e dopo ciò si chiede se la cagione consista in germi o fermenti contenuti nell'alcool.

Dell'etiologia e cura dell'osteomalacia, 1893.

Lavoro d'indole critica, senza alcun contributo personale.

Contributo all'etiologia e cura dei vomiti incoercibili gravidici, 1893.

Contributo alla cura dei vomiti gravidici, 1896.

Due casi non comuni di vomiti incoercibili dipendenti da lesioni dell'utero, guariti con l'ittiolo, 1898.

(lavoro non elencato). Dei vomiti incoercibili.

In queste pubblicazioni l'A. studia il vomito incoercibile gravidico, occupandosi sopratutto della cura, per la quale consiglia l'uso e decanta l'efficacia del glicerolato d'ittiolo.

Gravidanza e diabete, 1897.

Lavoro casistico, in cui si avanza un'ipotesi singolare sull'origine del diabete.

La cura dell'eclampsia puerperale, 1898.

Nulla si aggiunge a quanto è noto sull'argomento.

Della malignità della mola idatiforme, 1900.

Passando alla patologia del parto, devono essere ricordati:

L'amputazione del collo in rapporto colla gravidanza e col parto, 1898.

Usufruisce, oltrechè dei dati statistici altrui, anche di osservazioni personali e conclude che l'amputazione del collo uterino, se ben fatta, non darà luogo ad inconvenienti.

Casistica di distocia per giri del funicolo ombelicale, 1896.

Distocia per giri di cordone, 1898.

Sintomatologia e diagnosi della brevità del cordone ombelicale, 1904.

Qualcuno di questi lavori rappresenta semplice contributo casistico, qualche altro tratta l'argomento abbastanza estesamente: in riguardo alla ricerca bibliografica si nota che essa è incompleta.

Quattro casi di placenta previa centrale curati col metodo di Desenter, 1897.

Si propone di seguire questa pratica come metodo di preferenza.

Offre inoltre diversi lavori, che riguardano la terapia del parto distocico, così:

Alcune considerazioni intorno alla sinfisiotomia, 1899.

Nessuna osservazione personale.

Indicazioni della cesarea, sinfisiotomia, basiotripsia. e parto prematuro, 1899.

Contributi personali solo in riguardo ai due ultimi interventi.

Se il parto prematuro artificiale rappresenti un fallimento scientifico, 1903.

Arreca dati di fatto in sostegno dell'opinione già emessa sul parto prematuro artificiale nel lavoro precedente.

Nuovo metodo per la restaurazione del perineo, 1898.

Consiglia di andare a suturare i muscoli previo sdoppiamento del setto retto-vaginale.

Si occupa di argomenti ostetrici vari, coi seguenti lavori:

Parere medico-legale in un parto per la spalla, 1895.

Puericultura intrauterina, 1896.

Lavoro fondato sopra pochissime osservazioni.

Une nouvelle classification des bassins viciés, 1897.

Della classificazione dei bacini viziati, 1899.

In entrambi questi lavori sostiene la classificazione morfologica.

La posizione a gambe pendenti nel parto, detta di Walcher, 1898.

Rivendicazione storica a favore di Mercurio e Melli.

Il riscontro vaginale coi guanti, 1889: nel quale si sostiene la possibilità di avere un'asepsi perfetta delle mani, anche quando esse sono venute a contatto di materiale infetto.

La nomenclatura dei diametri obliqui del bacino dal punto di vista ostetrico internazionale, 1899.

Della definizione della presentazione e posizione fetale, 1899.

(Lavoro non elencato). Le trazioni ritmiche della lingua nell'asfissia fetale.

L'allattamento in campagna, 1902.

Presenta poi molti rendiconti del suo istituto ed un lavoro che ha per titolo « Galleria ostetrica ».

Ha inoltre un trattato di ostetricia, nel quale, specialmente nella sezione della patologia, non si dà ai capitoli svolgimento proporzionato all'importanza dell'argomento trattato in ciascuno di essi; in diversi punti poi non è scevro di errori.

Nel campo ginecologico presenta diversi lavori, che trattano delle

applicazioni della elettricità in ginecologia e sono notevoli sopratutto quelli riguardanti la cura dei fibromiomi col metodo di Apostoli. Le conclusioni non sono in armonia colle idee dominanti.

L'elettricità nella cura dell'amenorrea, 1894.

L'elettricità nelle malattie uterine, 1899.

L'elettrolisi nella cura dei fibromi uterini, 1900.

Fibromes utérins; leur traitement par l'electricité. 1899.

Con due lavori si occupa del raschiamento dell'utero, facendo rilevare qualche inconveniente, cui può dar luogo quest'atto operativo.

Râclage de l'uterus et sterilité, 1891.

Alterazione della funzione uterina dopo il raschiamento, 1898.

Con altri due lavori si occupa della chirurgia conservativa degli annessi uterini.

Intorno alla cura chirurgica conservatrice delle suppurazioni pelviche, 1899.

Intorno alla salpingostomia ed altre operazioni conservatrici delle trombe uterine, 1900.

Tratta con un lavoro della sifilide uterina, sebbene i casi riportati sembra si riferiscano piuttosto a sifilide annessiale.

(Lavoro non elencato). Della sifilide uterina.

Ha lavori di semplice casistica, come i seguenti:

La mancanza congenita dell'utero e della vagina e la creazione della vagina artificiale, 1802.

Le malattie dell'utero nelle vergini, 1897.

La cura della fistola vescico-vaginale col processo dello sdoppiamento, 1898.

La cura dell'obesità nella donna, 1897.

Endometrite glandulare gravissima, 1897.

In due lavori, di cui uno polemico, tratta del modo migliore di chiudere la ferita addominale dopo la laparotomia. I lavori sono ben condotti ed uno di essi è basato sopra ricerche sperimentali con osservazioni istologiche.

Quel est le meilleur mode de fermeture de l'abdomen ecc., 1897.

(Lavoro non elencato). A' propos de la suture abdominale.

Due lavori trattano argomenti di anatomia patologica:

Contributo all'anatomia patologica del sarcoma ovarico, 1890.

Intorno all' esistenza dei blastomiceti nel sarcoma puerperale infettante, 1901.

Entrambi documentano l'attitudine del candidato all'indagine istologica. Ma l' attitudine alla ricerca sperimentale e all' indagine istologica viene maggiormente documentata dai lavori più recenti:

Del processo intimo dell'emostasi uterina post-partum, 1906.

Ricerche anatomiche eseguite su cavie e corredate da numerose e belle figure, tendenti a dimostrare come l'emostasi uterina post-partum, specialmente definitiva, avvenga per un processo di proliferazione dell'endotelio vasale e per trombosi. La conclusione sull'esistenza degli anelli muscolari perivasali è disdetta dall'A. stesso nel lavoro successivo sulla muscolatura uterina.

Dei centri nervosi autonomi dell'utero e dei suoi nervi, 1906.

Valendosi del processo di colorazione di Ràmon y Cajal, ha studiato l'utero di cagna e conclude per l'esistenza di nervi e fibre amieliniche con numerosi gangli lungo il loro decorso ed ammette che, tanto gli uni quanto gli altri, sono numerosissimi nello strato sottoperitoneale e nello strato muscolare esterno del corpo uterino; non è riuscito però a vedere come e dove i nervi terminano e non ha osservato plessi. Il lavoro è corredato di molte e chiare tavole illustrative e giunge a risultati nuovi.

Della struttura muscolare dell'utero; rapporti tra muscolatura e vasi sanguigni, 1907.

Dopo un richiamo storico abbastanza lungo sull'argomento, passa alla descrizione dei preparati ottenuti colle ricerche proprie su uteri di cagna.

Viene alla conclusione che fasci muscolari anulari si trovano, non solo nell'utero puerperale ma anche in quello vergine, intorno ai vasi sanguigni, i quali, pur passando attraverso simili anelli, non contraggono mai rapporti intimi con essi, ma ne sono isolati da un'areola di tessuto connettivo. Molte e belle tavole corredano il lavoro. Solo è da osservare che è insostenibile il concetto di poter trasportare all'utero muliebre i risultati ottenuti nell'utero di cagna e quindi il confronto fra le ricerche proprie e quelle di Hélie. Non si può ammettere che la differenza di struttura tra l'utero di donna e quello di cagna sia solo di qualche dettaglio, come asserisce l'autore. I fatti sono bene osservati, ma, volendo trasportare all'utero di donna i risultati avuti su quelli di cagna, bisognava tener conto, ciò che non è stato fatto, delle differenze di tessitura del fondo, del corpo e del segmento inferiore dell'utero muliebre. Sono pure discutibili i concetti intorno alla distensione passiva, che subirebbe in gravidanza lo strato interno della parete muscolare dell'utero.

Ulteriori ricerche sul passaggio degli anticorpi nel sangue dei poppanti e sulla possibilità di una applicazione clinica, 1905.

Lavoro sperimentale di controllo con qualche modificazione di tecnica su quello originale. Con esso si dimostra il passaggio degli anticorpi specifici nel sangue del poppante, ma in proporzioni minime, onde l'impossibilità di applicazioni cliniche.

.. a lamentare che siano continuate tali esperienze nelle donne, quando in molte di esse si avevano fenomeni tossici non indifferenti.

Il La Torre ha produzione scientifica abbondantissima e varia, il che è in rapporto col lungo periodo di tempo, durante il quale egli coltiva la specialità. Se i suoi primi lavori sono lodevoli e riescono importanti per originalità, non può dirsi altrettanto per i successivi, poichè, accanto a qualcuno buono, se ne trovano molti altri che presentano non poche pecche e certo non concorrono a dimostrare la sua buona cultura ostetrico-ginecologica. Negli ultimi tempi sia con l'indagine istologica, sia colla ricerca sperimentale, cercò di affrontare ardui problemi di biologia, inerenti alla specialità. Però anche parecchi di questi lavori presentano serie manchevolezze, sopratutto in riguardo alle deduzioni logiche. L'attività didattica è dimostrata dai corsi tenuti. Nulla aggiunge il candidato che valga ad esonerarlo dall'addebito, che gli venne mosso anche in concorsi precedenti, di avere troppo scarsamente documentata la sua attitudine clinica ed operatoria particolarmente nel campo dell'alta chirurgia ostetrica e ginecologica, le cui responsabilità non mancano anche per chi deve dirigere il più modesto degli istituti clinici e d'insegnamento.

11. *Marocco Cesare*. — Laureato a Padova nel 1879, fu medico secondario a Vicenza nel riparto chirurgico ed ostetrico dal 1879 al 1881. Perfezionatosi in varie cliniche estere, dove rimase per diversi anni, fondò nel 1884 un istituto privato di ostetricia e ginecologia in Vicenza. Nel 1886 ebbe l'idoneità per primario ginecologo nell'ospedale maggiore di Milano e nel 1894 fondò in Roma un istituto ostetrico-ginecologico.

Nel 1886 ottenne la libera docenza in ginecologia e nel 1895 quella in in ostetricia ed ha sempre esercitato l'insegnamento libero.

Nel 1901 ebbe la eleggibilità nel concorso di Cagliari, come pure l'ebbe nel 1903 per Catania (42/50) e Pavia (40/50).

Presenta 88 pubblicazioni: 10 di queste furono pubblicate dopo l'ultimo concorso di Cagliari (1906).

Le numerose pubblicazioni del Marocco trattano diversi e svariati argomenti in tutti i campi delle discipline ostetrico-ginecologiche, sia nel lato scientifico che in quello pratico e più nel primo. Inoltre presenta 9 lavori estranei a queste discipline che fanno fede della sua cultura scientifica.

Volendo raggruppare i vari lavori del candidato, escludendo quelli estranei alla specialità, essi possono essere divisi così:

Prelezioni, le quali attestano della bontà dell'indirizzo didattico.

Lavori di ostetricia: fra questi meritano speciale menzione:

Parto prematuro, sinfisiotomia e cefalotrissia, 1895.

Si ritiene, con documentazione insufficiente, che l'ossificazione precoce della testa fetale sia di preferenza il portato di bacini ristretti.

Sopra un caso di ematoma subcoriale con inversione totale dell'uovo apparentemente integro, ecc., 1896.

Lavoro con qualche inesattezza e di poca importanza.

Sulla rottura delle membrane in gravidanza e sue cause, ecc., 1900.

Buon contributo di osservazione personale con ricerche istologiche.

Ma dove realmente l'attività notevole ed una tenacia di lavoro meritano ammirazione e nel campo dell'embriologia e dell'anatomia ostetrica, nel quale il Marocco ha portato novità di ricerche e copia di buoni risultati.

Le indagini di embriologia si aggirano o sulle modificazioni dell'utero umano nei primi periodi della gravidanza o sulla formazione della porzione vaginale del collo uterino.

Ricerche sulla formazione della *portio*, 1899.

Nuove ricerche sulla formazione della *portio*, 1901.

Sulla formazione della portio vaginalis e del segmento fornico cervicale, 1902.

Poche considerazioni sul contegno della portio e sull'azione del segmento fornico cervicale in un caso ecc., 1903.

Sulla formazione della decidua, 1903.

Sulle modificazioni della mucosa uterina e sui rapporti deciduo-coriali dell'uovo umano, 1903.

Osservazioni cliniche sul contegno della cervice uterina in certi casi di sgravo e sul concetto anatomo-fisiologico della formazione del segmento inferiore ostetrico, 1903.

Contributo allo studio delle vie di nutrizione dell'uovo umano, 1905.

Le ricerche sulla portio furono praticate sopra un ricco materiale di embrioni umani, raccolto nell'istituto da lui fondato. Le preparazioni, le sezioni in serie e tutto ciò che è riferibile alla tecnica è, in questo lavoro, perfetto; i disegni annessi sono chiari e dimostrativi. Tranne qualche oscurità nell'esposizione e qualche incertezza in taluni dei risultati, si può dire che nello insieme questi lavori rappresentano un contributo nuovo all'argomento. E questo merito gli fu riconosciuto pubblicamente da cultori della embriologia nostrani e stranieri. Viene spiegata l'origine e la formazione della portio, indicando ancora il significato fisiologico del segmento fornico-vaginale. Forse può elevarsi dubbio circa l'idea, se l'azione della vescica e degli ureteri sia momento efficiente per la introflessione del canale cervicale.

I lavori sui primi stadi dell'utero umano gravidico sono tecnicamente ben fatti, confermano ed illustrano fatti noti, ma hanno il difetto di una certa oscurità in alcune espressioni, come ad esempio quello dello « stato semifluido della decidua ».

Illustrò vari ed importanti casi di teratologia:

Un caso raro di epispadia muliebre, 1882.

Sopra un'anomalia congenita dell'introito della vagina, 1886.

Sopra un caso di anomalia di sviluppo nella sfera uro-genitale, 1896.

Illustrazione di un caso di pielonefrite bilaterale in una neonata settimestre affetta da molteplici anomalie di sviluppo ecc., 1898.

Sopra un'anomalia di sviluppo della sfera urogenitale, 1899.

Sopra un caso di teratoma soprafornicale a sinistra, 1906.

Nell'illustrazione di questi casi, riflettenti specialmente la teratologia dei genitali femminili, il Marocco dimostrò conoscenza della letteratura, profonda cognizione embriologica ed anatomo-comparativa, per spiegare la formazione della deformità, e sicurezza d'interpretazione. Le ricerche istologiche, che accompagnano le descrizioni e le illustrazioni, attestano nel modo migliore della sua abilità tecnica.

E di questa abilità fanno fede i due recenti lavori:

Sulla innervazione della cervice uterina, 1907.

Ulteriori ricerche sull'innervazione della cervice uterina, 1907.

Nei quali giunge a risultati nuovi e degni di nota.

Lavori di ginecologia: molti di essi sono semplici contributi di casistica, altri descrivono strumenti nuovi o modificati o cure operative o protetiche contro gli spostamenti uterini. Meritano inoltre ricordo:

Sui tumori del bacino nei loro rapporti di origine e di sede nel legamento largo, 1886.

Lavoro ben condotto, chiaro e con sana critica.

Sul trattamento radicale e palliativo dell'epitelioma della portio ecc., 1892.

Poco favorevole alla cura radicale, contrariamente ai concetti allora dominanti, e, partendo dal concetto meramente ipotetico che la funzione ovarica favorisca la riproduzione del tumore, consiglia la ovariectomia come complemento necessario dell'atto operativo radicale, qualora ad esso si addivenga.

Sopra un caso di cancro iniziale dell'utero, 1896.

Propugna l'intervento sollecito.

Nei seguenti lavori:

Contributo alla cura delle forme croniche dell'utero, 1905.

Sulla puerperalizzazione artificiale dell'utero nella cura delle sue forme croniche, 1906.

Sopra gli ultimi casi della puerperalizzazione artificiale della matrice, 1906.

Considerazioni pratiche sulla tecnica della puerperalizzazione artificiale della matrice, 1906.

Nuovo contributo alla puerperalizzazione artificiale dell'utero, 1907.

Si occupa di quella che egli chiama « puerperalizzazione artificiale dell'utero », per la quale ha spiegato una grande attività per divulgarla e raccomandarla come mezzo di cura nei processi uterini flogistici cronici; ma fino al presente non ha trovato adesioni nel campo della pratica, e ciò forse per il timore giustificato di postumi dannosi.

Presenta infine diversi rendiconti, ma in generale di poca importanza.

Il Marocco ha produzione scientifica molto copiosa ma, per parecchi lavori può dirsi che la quantità della produzione torna a detrimento della qualità o del valore intrinseco. Una ricca falange di contribuzioni nei campi più svariati della osservazione clinica forma gran parte del suo bagaglio scientifico, ma in generale dette contribuzioni si riferiscono a pura casistica. I contributi anatomici ed embriologici sono rivolti alla soluzione di problemi qualche volta ardui. Sopratutto va segnalato il complesso dei suoi lavori sullo sviluppo e sull' anatomia del collo dell' utero, che hanno indubbiamente acquisito fatti interessanti alla scienza. In parecchi lavori si lamenta una certa prolissità con qualche improprietà nella dizione. Sopra certi temi, come sull'uso del pessario ad uovo e sulla così detta puerperalizzazione artificiale dell'utero, ha forse insistito con troppi lavori. Malgrado questi addebiti non si può disconoscere che il Marocco ha sempre atteso allo studio col massimo amore e nulla ha risparmiato per estendere e migliorare la sua cultura. La sua attività clinica ed operatoria è certamente meno documentata di quella didattica.

12. *Merletti Cesare*. — Laureato nel 1896 con lode, nel 1897 fu nominato assistente nella clinica ostetrico-ginecologica di Parma, e nel 1898 aiuto. Supplenza nella direzione della clinica ostetrica di Parma e nell' insegnamento per due mesi (novembre e dicembre 1899). Passò poi a Padova aiuto nella clinica ostetrico-ginecologica fino al 1903, col principio del quale anno ebbe la nomina a professore straordinario di ostetricia nella libera Università di Ferrara e direttore della scuola ostetrica, della Maternità e del Brefotrofio di quella città.

Durante l' assistentato nella clinica di Parma conseguì il premio Speranza.

Nel gennaio 1901 conseguì per esame la libera docenza in ostetricia e ginecologia.

Al concorso (1901) per la Scuola ostetrica di Novara fu classificato terzo *ex aequo* con altri due concorrenti (55/70); ha riportati lusinghieri giudizi negli ultimi concorsi per Cagliari.

Presenta 38 pubblicazioni, di cui 4 uscite dopo l' ultimo concorso di Cagliari (1906). Meritano speciale ricordo le seguenti.

Esse si possono dividere in gruppi:

Fisiologia ostetrica.

Ricerche e studi intorno ai poteri selettivi dell' epitelio dei villi coriali, 1903.

Dimostra il potere proteolitico dell'epitelio dei villi coriali ed arriva alla conclusione che tale epitelio goda, fino dalle prime epoche della gravidanza, di una spiccata proprietà peptica. E' uno dei primi lavori che si siano occupati, con ricerche dirette, dell'importantissima questione di fisiologia ostetrica.

Il commercio placentale dei sali studiato col mezzo della circolazione artificiale, 1903.

L'ingegnoso tentativo di applicazione dei metodi di circolazione artificiale allo studio delle funzioni della placenta ha portato l'A. alla conclusione che il glucosio circolante venga fissato dagli elementi cellulari della placenta.

Glicemia naturale ed esperimentale nel feto e nella madre, 1905.

Ritorna con nuove ricerche sull' argomento della fisiologia placentare, portandovi un buon contributo.

Nuovi elementi per lo studio della funzionalità cardiaca in gravidanza, 1907.

L' opportunità delle ricerche è ampiamente giustificata, oltrechè dall'importanza fisiologica della questione, dalle marcate differenze di opinioni fra gli autori intorno alla presunta ipertrofia gravidica del cuore. Tutti i metodi, che la tecnica più recente mette a disposizione per studiare, sotto nuovi punti di vista, la discussa questione, sono stati abilmente usufruiti dal Merletti, cosicchè il lavoro, se anche un po' troppo recisa la conclusione, costituisce un buonissimo contributo alla fisiologia della gravidanza.

Patologia della gravidanza, del parto e del puerperio.

Sulle autointossicazioni gravidiche, 1897.

E' il primo lavoro dell'A.: tende a dimostrare come i fenomeni d'intossicazione gravidica siano da riferirsi, in gran parte, alla insufficienza epatica, di fronte ad aumentata tossicità dei prodotti di origine intestinale. Basato più sul ragionamento che non sull'osservazione clinica e sull'esperimento, contiene però un'istruttiva esposizione delle modificazioni che l'attività intestinale ed epatica incontrano in gravidanza.

Sulla cura del vomito incoercibile delle gravide, 1898.

Affronta anche qui il problema eziologico, accomunando l' origine di certe forme di vomito a quelle delle altre autointossicazioni gravidiche.

Profilassi dell' eclampsia puerperale secondo le moderne vedute intorno alla sua patogenesi, 1898.

Sulla traccia dei due suindicati lavori, tenta una ipotesi patogenica unitaria dell'eclampsia.

L'anemia perniciosa delle gravide; sua patogenesi, sua cura, 1900.

Note semeiotiche e terapeutiche intorno all'anemia del Bierner in gravidanza, 1901.

Questi due lavori costituiscono nel loro complesso non solo i due più importanti contributi dell'A. nel campo della patologia della gravidanza, ma una vera monografia riassuntiva sull' interessante argomento. Essi attingono il loro valore dal numero dei casi assoggettati ad osservazione minuta e dall'opportuno sussidio che l'A. ha ricavato, pel loro studio. delle ricerche ematologiche. Questi lavori hanno segnato la via alle ricerche di molti altri studiosi dell'argomento.

Il potere riducente delle urine in rapporto alle autointossicazioni gravidiche, 1901.

Ricerche sperimentali, che confermano le precedenti vedute dell'A. sulla insufficienza epatica delle gravide.

Albumine, albuminoidi ed albumose nelle orine del soprapparto, 1902.
Indagini minute e multiple mettono l'A. in grado di valutare la gravezza dell'alterazione renale dall'eliminazione di albumina acetosolubile.
Urobilinuria gravidica ed aumento della medesima in casi di morte endouterina del feto, 1901.
Dell'urobilinuria in ostetricia, 1903.
Anche in queste ricerche l'A. conforta la sua opinione sulla insufficienza epatica in gravidanza da aumentato lavoro.
Alterazioni extragenitali e funzionali del villo della mola vescicolare, 1904.
Il titolo alquanto improprio a richiamare l'attenzione sul nesso eziologico, già noto, tra mola vescicolare, discrasia ed albuminuria.
Tubercolosi e gravidanza, 1904.
Lodata relazione al congresso della Società italiana di ostetric a: riassume lo stato attuale della questione in modo assai perspicace ed, a prescindere dalla molto discutibile indicazione alla sterilizzazione delle donne tubercolose, fornisce un'ottima monografia sull'argomento.
Interventi terapeutici nel campo ostetrico.
Ueber das Werth des Truzzi, schen manuellen Verfahren zur Lösung der Arme, ecc., 1900.
Dimostra illustrandone i vantaggi, la tecnica del Truzzi.
Di un nuovo dilatatore uterino d'uso ostetrico e ginecologico, 1900.
L'innovazione, poi adottata da altri, consiste nell'avere portato a 4 le branche dilatatrici.
Alcune considerazioni intorno ad una cesarea Porro, per osteomalacia, 1904.
Guarigione di setticemia puerperale, sicuramente dovuta allo siero Tavel, 1904.
Entrambi i lavori rappresentano note casistiche.
Criteri e metodi per la profilassi e la cura delle lacerazioni vulvo perineali, 1906.
E' discutibile, messa in dubbio anche dallo stesso A., l'affermata utilità delle sostanze lubrificanti per favorire lo scivolamento della parte fetale. Contiene un'utile modificazione dall'episiotomia.
Ginecologia.
La funzione mestruale, 1900.
E' uno studio critico esteso ed elaborato, che tende a mettere in rapporto la funzione mestruale coll' attività non solo della glandola sessuale, ma di tutto il metabolismo organico. Nella ampia trattazione, che dimostra la vasta erudizione dell'A., non mancano affermazioni ancora insufficientemente documentate, ma figurano anche molte ricerche personali importanti, specialmente sul sangue e sul ricambio materiale in rapporto colla mestruazione.
Sopra alcune modificazioni della crasi sanguigna durante la mestruazione, 1901.
Scritto polemico occasionato da discussioni sul precedente lavoro.
Allungamento ipertrofico del collo uterino da sclerosi iniziale della portio, 1899.
Utile contributo allo studio dei postumi dei sifilomi del collo.
Ricerche anatomo - cliniche intorno alla tubercolosi genitale nella donna, 1901.
La breve nota porta l'interessante notizia che su 6000 autopsie di tubercolose si trovò 1360 volte un'affezione tubercolare genitale.
Lavori d'indole varia.
Il sesso degli anencefali, 1906.
Di un metodo pratico per la determinazione del titolo delle trasfusioni saline, 1900.
Nuovo ed efficace metodo di cura del mughetto, 1903.
Risultati ottenuti con una modificazione al metodo della formalinizzazione del latte, ecc., 1904.

Opportuna traduzione curata dell'apprezzato trattato di ostetricia del Bumm con note di bibliografia italiana.

Troviamo infine, ad attestare le attitudini cliniche del Merletti, diversi rendiconti, i quali provano altresì la sicura attitudine operatoria e didattica.

Il Merletti si presenta sicuro nell'arringo dei concorsi, e colla direzione ottimamente tenuta della scuola ostetrica di Ferrara con annessa maternità e brefotrofio, per le quali ha potuto conseguire notevoli miglioramenti facendovi anche aggiungere una sezione ginecologica, da ampia prova delle sue attitudini didattiche ed organizzatrici. Ha vasta e buona produzione scientifica, sia nel campo della fisiologia e patologia ostetrica, come in quello della fisiologia e patologia ginecologica. La sua buona cultura generale lo ha messo in grado di trattare argomenti, nei quali lo studio della specialità s'intreccia con quello delle altre branche della medicina. Segnalati specialmente i lavori monografici sull'anemia grave delle gestanti, sulla tubercolosi in gravidanza, sulla mestruazione.

Importante per originalità e modernità di vedute è pure quello sul potere proteolitico e selettivo dei villi coriali.

Se in confronto di altri candidati ha dato meno sviluppo alla ricerca nel campo anatomico, in compenso ha buone attitudini a ricerche biochimiche ed all'indagine critica. Per l'importanza della produzione scientifica, degli uffici coperti, per l'attitudine didattica e clinica ampiamente provata, si può dire maturo all'insegnamento ed alla direzione di una clinica.

13. *Patellani Serafino*. — Laureato a Pavia nel 1891, fu successivamente, dal 1892 al 1903, assistente ed aiuto alle cliniche ostetriche di Cagliari, Parma e Bologna. Fece corsi di perfezionamento in cliniche della specialità a Berlino e a Vienna, frequentò anche il laboratorio di embriologia di Hertwiz e quello di anatomia patologica di Bologna.

Venne abilitato alla libera docenza in ostetricia e ginecologia, per esame, nel 1898, libera docenza che ha esercitato.

Dal 1904 dirige la sezione ostetrico-ginecologica della poliambulanza Milanese.

Concorse nel 1901 a Novara e a Cagliari, riuscendo secondo *ex aequo* con altri ed ottenendo nel primo concorso (59/70), nel secondo (58/70). Concorse poi nel 1903 alle cattedre di Pavia (36,50) e di Catania (37,50). Fece anche i successivi concorsi di Perugia e di Cagliari.

Presenta 38 pubblicazioni, delle quali una venne alla luce dopo l'ultimo concorso di Cagliari (1906).

Quattro di esse riguardano traduzioni di Fehling e di Schöfer e una concerne la relazione delle sedute della 68.ª riunione dei medici e naturalisti tedeschi.

Una serie di lavori riflette argomenti di anatomia e di anatomia comparata.

Sullo sviluppo del bacino osseo nella femmina umana, 1908.

La filogenesi e l'ontogenesi nel bacino osseo femminile, 1901.

Il bacino osseo dei vertebrati, 1901.

Il bacino osseo dei vertebrati e specialmente dei mammiferi, 1902.

Lavori di faticose e pazienti ricerche, intesi a risolvere quesiti importanti più dal lato antropologico, che dal lato ostetrico.

Più strettamente interessanti l'ostetricia e la ginecologia, con buona base di ricerche anatomiche e con vedute originali, sono i lavori:

I vasi aberranti placentari dell'Hyrtl, 1899.

Distribuzione di vasi sanguigni nella placenta umana normale, 1900.

Alterazioni della placenta dopo la morte del feto, 1903.

Altri lavori sono d'indole clinica, tanto ostetrica quanto ginecologica:

L'interruzione artificiale della gravidanza, 1904.

Osservazioni cliniche di qualche interesse.

Eziologia e cura delle salpingo-ooforiti, 1898.

Lavoro monografico lodevole pel copioso materiale e per buono spirito critico.

Mortalità intra ed extragenitale dei bambini nati con parto eutocico e distocico, 1895.

L'argomento è importante, ma il numero dei casi su cui è basato lo studio, non è tanto grande da poter trarre conclusioni sicure.

Emorragia genitale nella neonata, 1901.

Contributo allo studio della mestruazione precoce.

Un caso di gravidanza assai progredita nel corno chiuso di un utero bicorne unicolle, 1901.

L'influenza del parto sulla vita del bambino, 1902.

Nota per le levatrici.

Note di casistica ginecologica:

Documentano l'abilità operatoria del candidato.

Risultati della cura operativa del cancro uterino, 1906.

Ricerche cliniche sulla funzione della ipofisi, 1906.

A proposito di due casi di morbo del Marie.

Questi due ultimi lavori trattano d'argomenti complessi del sistema genitale nei suoi rapporti col ricambio generale.

Rapporti tra l'acromegalia e la funzione sessuale della donna.

E' un ottimo lavoro in forma monografica. Sebbene le conclusioni possano apparire eccessive, segnano però la via a nuove e interessanti ricerche.

Si ha poi una serie di lavori di anatomia patologica, riguardante la specialità:

L'ectropion congenito e l'erosione congenita del Fischel, 1906.

Buon lavoro, i risultati vennero confermati.

Die mehrfachen Schwangerschaften, die Extrauteringraviditäten, ecc., 1906.

Lavoro inteso alla soluzione di un importante problema di biologia generale.

Il tessuto connettivo nei fibromiomi uterini, 1901.

Ricerche istologiche, che dimostrano l'abbondanza del connettivo, anche nei miomi a principio di sviluppo.

Contributo clinico ed anatomico allo studio della patogenesi della mola vescicolare e del morbo di Sänger, 1904.

Le ovaie nei casi di mola vescicolare e di morbo di Sänger, 1904.

Si tende a provare il preteso rapporto causale tra lesione ovarica e mola vescicolare e corionepitelioma: se ne discute l'importanza patogenetica, che però recenti lavori tendono a contestare. In quest'argomento ritorna l'A. col lavoro:

Nuove osservazioni sulle alterazioni delle ovaie in casi di mola vescicolare e di morbo di Sänger, 1904.

Considerazioni anatomo patologiche e cliniche sulle cisti del corpo luteo, 1904.

Studio accurato dell'argomento sia dal lato anatomico, come da quello bibliografico.

Vi sono poi diversi altri lavori di argomento vario e non sempre attinenti alla specialità come:

Modificazioni ad un metodo del Mallory, ecc., 1901.

La colorazione fosfomolibdica del tessuto connettivo, 1904.

Contributo allo studio della cultura del gonococco del Neisser, 1901.

Quesiti medico-legali sulla legittimità della prole, 1900.

Il Patellani presenta molti e buoni lavori, i quali però si riferiscono più specialmente all'antropologia, all'anatomia comparata ed all'istologia. Si mostra colto, studioso ed attento nelle ricerche, che sono condotte con rigore; però vi è notevole sproporzione tra la sua produzione nel campo scientifico e quella nel campo clinico: quest'ultima è tuttora scarsa, sebbene qualche lavoro recentissimo e ben condotto abbia cercato di aumentarla. La sua capacità operatoria non è direttamente documentata, quantunque la si possa presupporre, avendo egli tenuto per diversi anni posti di assistente e di aiuto in cliniche ostetrico-ginecologiche importanti e diri-

gendo ora la sezione ostetrico-ginecologica della poliambulanza Milanese. Ha fatto corsi agli studenti ed ha insegnato alle allieve levatrici, per cui resta dimostrata la sua capacità didattica.

14. *Raineri Giuseppe.* — Laureato in Torino nel 1887, fu nominato assistente della Scuola ostetrica di Vercelli, e vi stette fino agli ultimi del 1889. Allora, per mancanza del titolare, ebbe la supplenza della direzione di quella Scuola fino al 1891, allorquando questa fu chiusa. Nel 1895 riapertasi detta Scuola, il Raineri veniva chiamato a dirigerla in qualità di incaricato, e in tale qualità egli la dirige tuttora. In tale periodo di tempo potè ottenere notevoli ed utili miglioramenti dell'Istituto, cui venne aggiunta anche una sezione ginecologica.

Nel 1892 ottenne la libera docenza in ostetricia e ginecologia, esercitandola poi per diversi anni.

Fu dichiarato eleggibile nei concorsi a direttore della maternità di Torino e di Genova. Eleggibile nel concorso per la Scuola di Novara e a straordinario nella R. Università di Cagliari nel 1901 con punti 50/70. Eleggibile ad ordinario nella R. Università di Pavia con punti 40/50. Eleggibile a straordinario a Catania nello stesso anno 1903 con punti 42/50. Riuscito terzo nel concorso per Perugia. Prese parte agli ultimi concorsi per Cagliari.

Presenta 68 pubblicazioni, fra le quali figurano 10 rendiconti clinici.

Nei primi tempi della sua attività scientifica il candidato ha atteso di preferenza ad illustrare casi clinici di qualche interesse. A questa serie appartengono anche molti lavori fatti successivamente:

Due casi di osteomalacia: bacino osteomalacico con sinostosi sacro-iliaca destra, 1899.

Un feto mostruoso in gravidanza complicata ad idramnios acuto, 1889.

Contributo all'etiologia della placenta previa, 1890.

Di un taglio cesareo con metodo Porro in bacino rachitico, seguìto da guarigione, 1890.

Altro contributo clinico all'etiologia della placenta previa, 1891.

Distocia del cordone ombelicale, 1891.

Parto distocico da feto generalmente edematoso, 1892.

Sulla evoluzione spontanea di un feto a termine, 1892.

Asfissia endouterina in principio del primo periodo del parto da compressione del cordone, 1893.

Vagina doppia e duplice orificio uterino esterno, 1894.

Eclampsia e cilindruria senza albuminuria, 1898.

Vomiti incoercibili non gravidici, 1898.

Contributo alla cura del prolasso, 1898.

Anchilostoma e botriocefalo-anemia complicante la gravidanza, 1901.

Metrorragia nelle vergini, 1901.

Le prime isterectomie totali per via vaginale e la prima isteromiomectomia totale addominale, 1901.

Operazione cesarea demolitrice alla Porro, taglio sul fondo; di una rara anomalia congenita fetale, 1903.

Sopra un caso di anemia puerperale, 1903.

Mola vescicolare ed eclampsia, 1904.

Casistica ostetrico-ginecologica: carcinoma in gravidanza; fibromioma dell'ovario; distocia grave nel parto dall'imene, 1904.

La mia quarta operazione cesarea con esito felice per la madre e per il feto, 1904.

Sull'applicazione del nuovo forcipe podalico, 1906.

Retrocessione e sospensione del travaglio, 1906.

Su un caso di ematoma placentare: contributo allo studio delle lesioni del cordone ombelicale, 1905.

Intossicazioni gravidiche gravi (eclampsia e vomiti incoercibili da lesioni infiammatorie placentari), 1907.

Il taglio cesareo nella placenta previa, 1906.

Sebbene i casi clinici illustrati in queste note siano non di rado in-

teressanti, pure la trattazione lascia qua e là a desiderare una maggiore esattezza: talora vi si notano mende non lievi. Taluna di queste note può considerarsi come breve ed elementare riassunto dell'argomento cui si riferisce. I lavori sulla etiologia della placenta previa, già citati, e gli altri che seguono:

Metrorragie da placenta previa, 1893.

Ulteriore contributo anatomico-clinico alla etiologia ed alla cura della placenta previa, 1906, trattano in modo diffuso l'argomento, in base a dati statistici ed anche con ricerche microscopiche. Dànno inoltre occasione all'A. di emettere per primo l'ipotesi di un possibile sviluppo del corion frondoso sulla reflessa, precedendo Hofmeyer, che emise poco dopo la stessa opionione.

Ideò e modificò alcuni istrumenti, che vengono illustrati nei seguenti lavori:

Di un nuovo-eccito-dilatatore uterino, 1900.

Sulla dilatazione meccanica del collo dell'utero: per il mio eccito-dilatatore, 1901.

Il mio dilatatore e i dilatatori di Frommel e di Walcher, 1904.

Forcipe podalico: combinazione del forcipe e dell'uncino in un unico strumento, 1905.

L'importanza di queste innovazioni è piuttosto discutibile.

In diverse edizioni pubblica manuali per le levatrici:

Introduzione all'ostetricia minore.

In questo trattatello possono rilevarsi non poche e gravi inesattezze su cognizioni elementari di anatomia e patologia.

Ostetricia minore.

Manuale di ostetricia per le allieve levatrici, studenti e medici.

Lo svolgimento di alcuni capitoli non è completo: si riscontrano anche inesattezze.

Lavori clinici di una certa mole sono rappresentati dal seguente gruppo:

Contributo clinico allo studio della presentazione di spalla sulla legge di adattamento utero-feto-placentare, 1905.

Lavoro basato su ragguardevole numero di osservazioni: tratta i diversi capitoli attinenti alla presentazione di spalla; notevole quello sulla etiologia, non così quello sulla cura, dove non si fa alcun cenno della versione bipolare.

Sulla distocia del collo uterino, 1905.

Lodato lavoro monografico con qualche conclusione utile sulla rigidità anatomica.

Allargamento temporaneo del bacino o taglio cesareo?, 1906.

Lavoro di poca importanza.

Su due casi di pubiotomia, 1907.

Molto strano il concetto dell'A. che l'emorragia mortale avutasi in un caso debba riferirsi a dilatazione dei canali di Havers.

Figurano in un altro gruppo alcuni lavori di ricerche istologiche:

Il tessuto elastico negli annessi fetali a varie epoche della gravidanza, 1901.

Sul tessuto elastico del « magma reticularis », 1902.

Sulla struttura dei vasi nell'utero vuoto e nell'utero gravido, 1903.

Sul tessuto elastico nell'utero vuoto e nell'utero gravido, 1904.

Sull'emostasi e sulla chiusura ed obliterazione dei vasi uterini dopo il parto, 1907.

Lavori condotti con buoni metodi di tecnica.

Sono poi lavori di batteriologia, di biochimica e sperimentali i seguenti:

Sul potere bactericida ed antitossico del sangue durante la gravidanza: sul potere bactericida e antitossico nel sangue materno e fetale, 1902.

Sull'attività coagulante del sangue durante la gravidanza, 1903.

Di alcune ricerche biochimiche nel sangue delle gravide; nel sangue materno e fetale, 1903.

I sali di calcio nel sangue materno e fetale durante la gravidanza normale e patologica, 1903.

Confronto fra il sangue della vena porta, il sangue generale e il sangue della vena ombelicale, 1904.

Sui fermenti solubili e sulla funzione digestiva della placenta, 1904.

Di alcune modificazioni del sangue in rapporto alla mestruazione: attività coagulante, potere battericida ed antitossico, 1905.

Sui passaggi feto-materni di sostanze solubili a feto vivo e a feto morto durante la gravidanza, 1901.

Attorno alle vie d'infezione del liquido amniotico. Sul passaggio di batteri e di tossine attraverso alle membrane ovulari, 1906.

Contributo sperimentale allo studio dell' allargamento permanente del bacino dopo la pubiotomia, 1907.

Buoni gli intenti di queste ricerche: per alcune di esse sarebbe stato desiderabile un maggior numero di esperienze, per altre si debbono rilevare delle inesattezze, che diminuiscono l'importanza dei risultati. In riguardo poi al penultimo dei suindicati lavori è da notare che il metodo tecnico seguito nelle esperienze si rivela poco idoneo alla dimostrazione del passaggio dei batteri attraverso le membrane ovulari. In quanto all'ultimo si deve notare che è illogica l'applicazione alla donna, in modo perentorio, dei risultati negativi ottenuti negli esperimenti sugli animali: come pure è criticabile la scelta, in parecchie esperienze, del materiale d'innesto, non conforme alla proposta che egli vuol giudicare.

In alcuni dei rendiconti, particolarmente negli ultimi, si notano errori nel computo della mortalità e sconcordanze nella relazione degli stessi casi in vari capitoli, nonchè inesattezze di non lieve conto.

Le pubblicazioni del Raineri si possono distinguere in due classi: nella prima i lavori, di argomento vario, nel campo clinico dell'ostetricia e della ginecologia, sono specialmente diretti all'illustrazione di casi ed offrono un certo interesse; non pochi però presentano gravi pecche.

Notevole è il lavoro sull'etiologia della placenta previa, presentando un punto di originalità. Nella seconda classe di pubblicazioni, che si inizia nel 1901, si hanno lavori diretti ad indagini isto-anatomiche, batteriologiche, biochimiche e sperimentali, tendenti alla risoluzione di complessi problemi della specialità. Se alcuni di questi lavori sono condotti con buona tecnica rigore d'osservazione e parsimonia di giudizi, altri, specialmente fra gli ultimi, non spiccano per tali qualità, anzi alcuni di essi lasciano il fianco aperto ad obiezioni serie e capitali. L'esposizione non sempre è chiara e precisa. Dai numerosi rendiconti, in alcuni dei quali si debbono lamentare inesattezze gravi, appare però dimostrata la capacità clinico-operativa del candidato e provano che egli sa dirigere l'istituto al quale è proposto. L'esercizio della libera docenza e i corsi fatti per incarico alle allieve-levatrici testificano delle sue qualità didattiche, sebbene diano motivo a qualche dubbio su ciò le non lievi mende notate nei due manuali per le levatrici.

15. *Santi Emilio.* — Laureato nel 1898 a Bologna, frequentò a Firenze nel 1900 il corso di perfezionamento in ostetricia e ginecologia. Nel 1901 passò a Torino quale assistente volontario presso quell'Istituto ostetrico-ginecologico. Nelle vacanze estivo-autunnali di quell'anno si recò a Parigi per frequentarvi le cliniche ostetriche. Dal novembre 1901 al luglio 1906 stette a Firenze, alla clinica ostetrico-ginecologica, dapprima come assistente onorario, poi, dal 1902, come 2° assistente effettivo, infine dal 1903 in qualità di 1° assistente. Dal 1906 ad oggi tiene il posto di aiuto nella clinica ostetrico-ginecologica di Parma.

Nel 1906 ottiene per titoli la libera docenza in ostetricia e ginecologia e la esercita successivamente.

Buon giudizio nell'ultimo concorso di Cagliari, (1906).

Presenta 38 pubblicazioni. I lavori seguenti furono fatti in collaborazione con altri:

Ricerche sul tessuto elastico: legamento rotondo, cordone ombelicale, 1901.

Forcipe ed uncino ottuso sul podice, 1904.

Sul comportamento delle soluzioni di glucosio nella circolazione artificiale della placenta, 1904.

A proposito di una nota critica del prof. C. Merletti, 1905.

La produzione scientifica del candidato nel campo ostetrico si riferisce a ricerche istologiche sopra casi di patologia ovulare, come nei seguenti:

Contributo alla patologia delle membrane ovulari: di un caso di mancata involuzione ed infiammazione del « magma reticularis », 1901.

Di una speciale alterazione della placenta quale causa di morte intrauterina del feto, 1905.

Oppure ha per iscopo d'illustrare casi clinici interessanti, corredandone spesso la narrazione di ricerche istologiche e batteriologiche, come nelle pubblicazioni:

Tifo in gravidanza. Reazione di Vidal positiva nella madre e nel feto, 1902

Pulmonite in gravidanza: proprietà agglutinante del diplococco del sangue materno e fetale, 1903.

Sifilide e lesioni del prodotto del concepimento, 1903.

Di alcuni casi interessanti di vomito grave in gravidanza, 1904.

Espulsione tardiva di caduca parietale dopo un parto a termine. 1906.

Ancora nel campo ostetrico figurano tre pubblicazioni sulla gravidanza tubarica, che sono le seguenti:

Di un caso di gravidanza tubarica, 1903.

Sull'etiologia della gravidanza tubarica, 1903.

L'interpretazione, che l'A. da nel suo caso per spiegare l'insorgenza della gravidanza ectopica, può sembrare alquanto forzata.

Gravidanza tubarica con apparente torsione del peduncolo, 1906.

I lavori d'indole ginecologica sono più numerosi e portano un contributo più interessante allo studio di argomenti della specialità. Emergono per importanza due gruppi di lavori, l'uno inteso ad illustrare la patologia del corpo luteo, acquistando notorietà anche fuori del nostro paese, l'altro a portare contributo di nuovi studi sull'argomento dei fibromioni uterini.

Appartengono al primo gruppo le pubblicazioni:

Di un caso di sarcoma originatosi da un corpo luteo, 1902.

Sulla patologia del corpo luteo, 1903.

Di un secondo caso di sarcoma luteinico, 1905.

I lavori sui miomi sono:

Su alcune minute particolarità di struttura dei miomi uterini, 1900.

Sull'origine dei miomi uterini, 1901.

Come si possa intendere la ereditarietà nei fibromi uterini, 1906.

Necrosi di fibromi ed emorragie uterine 1906.

Quest'ultimo lavoro è particolarmente pregevole, perchè lumeggia ed illustra, sulla base di 14 casi questo capitolo della necrosi dei miomi e ne studia la semeiotica, il decorso, gli esiti e il trattamento.

Altre pubblicazioni di ginecologia e cioè:

Adenocarcinomi dell'ovaio, 1902.

Su due casi di adenocarcinoma dell'utero, 1904.

A proposito della genesi delle cisti del legamento largo, 1905.

Sarcoma del legamento largo, 1905.

Sul contenuto di una cisti dermoide dell'ovaio, 1905.

A proposito della genesi delle cisti della vergine, 1905.

Ipernefrona del rene e dell'ovaio, 1906.

Rara forma nodulare della vagina, 1907.

Un altro caso d'ipernefroma dell'ovaio, 1907.

Per la genesi dell'imene, 1907.

Osservazioni su alcuni casi di tumori maligni dell'ovaio, 1907.

Rappresentano numerosi, ma brevi e modesti contributi allo studio di argomenti ginecologici quasi tutti basati sulla illustrazione di casi clinici, caduti sotto la sua osservazione, ma sempre meritevoli di considerazione.

Il Santi ha ricca produzione scientifica e mostra una spiccata prefe-

renza alle ricerche di anatomia e di anatomia patologica. Ha in questo campo pregevoli lavori, di cui uno segnatamente, sulla patologia del corpo luteo, si è acquistata una buona notorietà anche fuori del nostro paese. Sullo stesso argomento ha altri buoni contributi che ne completano la portata. Ha studiato con amore, valendosi dei metodi più recenti d'indagine, alcune questioni della patologia della gravidanza e del puerperio. Per la qualità di libero docente, di assistente nell'istituto ostetrico-ginecologico di Firenze e di aiuto di quello di Parma, ha potuto fare corsi agli studenti ed alle allieve levatrici e praticare svariate operazioni nel dominio dell'ostetricia e della ginecologia, come viene attestato da documenti esibiti.

19. *Sfameni Pasquale.* — Conseguì la laurea nel 1893 con lode in Bologna. Ottenne per concorso nel 1894 il premio Vittorio Emanuele II. Fu allievo ufficiale medico nel 1893-94 alla Scuola di Sanità militare. Nel 1894-95 frequentò il laboratorio di anatomia patologica di Bologna. Nominato nel 1895 assistente e nel 1899 aiuto nella clinica ostetrico-ginecologica di Pisa, occupò quest'ultimo posto fino al 1905. Col dicembre di questo anno venne nominato professore straordinario di ostetricia e direttore della scuola ostetrica della libera Università di Perugia. Nel dicembre 1906 ebbe la nomina di professore incaricato e direttore della clinica ostetrico-ginecologica nella R. Università di Cagliari, posto dal quale egli volontariamente si dimise. Nel 1901 conseguì per titoli la libera docenza in ostetricia e ginecologia a Pisa e la esercitò dal 1903 al 1906.

Nell'ufficio di professore-direttore della Scuola ostetrica di Perugia, dirige anche quella maternità e quel brefotrofio, cui la scuola è annessa.

Ottenne nel 1902 l'eleggibilità con 50/70 per il posto di Novara, con 49/70 per quello di Cagliari: in tali concorsi risultò *ex aequo* con altri degli attuali concorrenti. Nel 1903 conseguì pure l'eleggibilità in 2 concorsi: quello di Catania con 38/50, quello di Pavia con 36/50. Nel 1905, in occasione dei concorsi di Cagliari e di Perugia ebbe dalla Commissione un giudizio molto favorevole (e fu in base a questo che la Facoltà di Perugia lo propose primo della 2ª terna formata): e così pure nel successivo concorso per Cagliari (1906).

Presenta 34 pubblicazioni: 7 di esse sono estranee alla specialità: ma documentano l'ottima preparazione e la molta competenza del candidato nella tecnica istologica.

Queste sue conoscenze di tecnica istologica egli volle applicare allo studio dei nervi nei genitali femminili esterni. Su tale argomento pubblica diversi lavori:

Contributo allo studio delle terminazioni nervose nei vasi sanguigni dei genitali femminili esterni, 1901.

Contributo alla conoscenza delle terminazioni nervose negli organi genitali esterni e nel capezzolo della femmina, 1901.

Sono due note preventive che concorrono a dimostrare nel candidato il sicuro possesso della più fina tecnica istologica.

Sul modo di terminare dei nervi nei genitali esterni della femmina, con speciale riguardo al significato anatomico e funzionale dei corpuscoli nervosi terminali, 1902.

Anche in questa nota preventiva si serve della reazione al cloruro d'oro per istituire ricerche di fine atomia, che rappresentano un buon contributo allo studio istologico dei genitali muliebri.

Sulle terminazioni nervose nei genitali femminili esterni e sul loro significato morfologico e funzionale, 1904.

E' un lavoro assai curato, richiedente possesso sicuro della tecnica istologica. Vi è notevole contributo di fatti nuovi e tutto ciò che è stato fatto su questo soggetto, vi è esposto, completato ed illustrato in modo veramente magistrale. E' corredato da molte e belle tavole.

Dal punto di vista clinico presenta diverse note e lavori interessanti, quali:

Alcune considerazioni sulla presenza simultanea di due borse nel parto gemello, 1899.

Buon lavoro clinico, basato su un'osservazione propria ed altre 14 raccolte dalla letteratura.

Emorragia nel parto da rottura di vasi ombelicali nella inserzione velamentosa del funicolo, 1899.

Dall'esame di 18 osservazioni, delle quali una propria, trae argomento per riprendere in diligente esame questo capitolo di distocia degli annessi. Poco accettabile può apparire l'ipotesi circa l'influenza, che la presentazione di vertice possa avere nel favorire la rottura dei vasi sanguigni.

Ancora dell'emorragia nel parto per rottura di vasi ombelicali nell'inserzione velamentosa del funicolo, 1901.

Ritorna sullo stesso argomento, aggiungendo altre sei osservazioni raccolte nella letteratura.

Della dilatazione bimanuale del collo dell'utero, 1901.

L'A. appoggia con buon numero di osservazioni cliniche, in parte proprie, in parte altrui, il metodo di Bonnaire, che crede utile ed efficace in molte contingenze della pratica ostetrica.

Sulla cura della gravidanza extrauterina e dell'ematocele pelvico, 1903.

E' un buon riassunto dei concetti moderni intorno alla migliore terapia nei casi di gravidanza extrauterina e di ematocele.

Cura delle malattie degli annessi uterini, 1904.

Il lavoro forma parte del trattato di chirurgia edito dal Vallardi e prende in esame tanto i compensi di terapia medica, che svolge estesamente, quanto le svariate modalità dell'intervento chirurgico.

Operazioni ostetriche e ginecologiche eseguite fino al 31 ottobre 1904-1905.

E' un diligente rendiconto, che mette in evidenza la buona preparazione del candidato, anche nel campo dell'attività clinica ed operatoria.

Fistole uretrali consecutive ad interventi ginecologici o fistole dei canali di Malpighi-Gartner?, 1905.

Con una messe non scarsa di osservazioni, delle quali 3 personali, l'A. discute quale delle due ipotesi, messe a titolo del suo lavoro, sia più accettabile nella interpretazione del casi clinici, presi in considerazione. Lo Sfameni propende ad ammettere, almeno per una certa parte dei casi, la produzione di una fistola dei canali di Malpighi-Gartner.

Hydrorrhoea cervicalis aus den Malpighi-Gartner' schen Kanälchen nach abdominalem Kaiser schnitt mit subtotaler Uterusextirpation, 1907.

Questo nuovo caso d'idrorrea post-operativa viene dall'A. riferito ed illustrato, in appoggio alle vedute, già espresse nel precedente lavoro.

Placenta marginata e sua genesi, 1905.

È un pregevole lavoro monografico, nel quale, con lodevole spirito critico viene dimostrata l'inattendibilità delle ipotesi fin qui avanzate nella interpretazione della genesi della placenta marginata. La descrizione anatomica e lo studio clinico di questa anomalia placentale sono molto accurate e vengono messi in rilievo tanto nell'una, quanto nell'altro, dati di fatto nuovi e di valore. L'A. avanza una spiegazione, che per quanto tuttora ipotetica ha il pregio di chiarire molto bene i particolari anatomici della marginatura e che per la sua razionalità merita di essere presa in molta considerazione.

Sulla genesi della placenta marginata e circonvallata (a proposito dei lavori di Liepmann e di Kroömer). 1907.

È una critica vivace, ma non scevra di buone ragioni, a due lavori, comparsi dopo il proprio del 1905 e su ricordati.

Trattamento sottoperitoneale del peduncolo nell'ovariotomia, 1903.

Propone una leggiera modificazione al metodo di Kreutzmann, che applicò ultimamente in 2 suoi interventi.

Sulla cura delle fistole vescico-vaginali, 1907.

L'esordio è un po' prolisso; ma l'argomento della terapia delle fistole vescico-vaginali vi è poi trattato con molta diligenza e con una minuta descrizione dei particolari della tecnica operativa e della cura preparatoria e consecutiva, la cui osservanza non è trascurabile coeficente del buon esito di questi interventi.

Rivolse ancora l'attività sua allo studio di diversi ed importanti problemi, sia con ricerche ematologiche, sia con ricerche di biochimica.

Influenza della mestruazione sulla quantità di emoglobina e dei corpuscoli contenuti nel sangue, 1898.

La quantità dell'emoglobina ed il numero delle emazie sono diminuiti durante il periodo mestruale. Questo lavoro è valso a richiamare l'attenzione sovra tale argomento, che meriterebbe tuttora di essere studiato e con largo materiale, per ridurre al minimo l'influenza di condizioni individuali dei soggetti presi in asame.

Su alcune modificazioni della crasi sanguigna durante la mestruazione, 1901.

È una nota critica a carattere polemico.

Sulla composizione chimica della placenta e del sangue fetale nel momento del parto, 1899.

È un primo e lodevole contributo di ricerche pratiche allo scopo di determinare la reazione, il procento di acqua, di sostanze solide, di sostanze organiche ed inorganiche, di sali solubili ed insolubili.

Interessante è il rapporto dall'A. intravveduto tra aumento delle sostanze minerali in genere nella placenta e nel sangue fetale e lo sviluppo maggiore del feto.

Sulla composizione chimica della placenta e del sangue fetale nel momento del parto 1900.

L'A. ritorna con una seconda nota sull'argomento studiato precedentemente determinando la quantità di carniferrina e conseguentemente di nucleone tanto nel tessuto placentale, quanto nel sangue fetale. Le ricerche sono certamente interessanti; però la conclusione, che il nucleone abbondi più del sangue di feti a scarso sviluppo ponderale che in quello di feti a peso maggiore, non appare bastantemente documentata, onde l'A. ritorna su questo argomento con più estese ricerche nel lavoro.

L'acido fosfocarnico del tessuto placentare e del sangue fetale nei parti prematuri, 1906.

Ed ottiene risultati che infirmano quella conclusione e che però egli rigetta. Con queste nuove indagini arriva anche a riconoscere un certo antagonismo tra la quantità di nucleone esistente nella placenta e quella spettante al sangue fetale, in casi di parti prematuri.

Presenta alcuni lavori che riflettono l'anatomia normale e patologica degli annessi ovulari.

Le vescicole della mola idatigena non rappresentano villi coriali alterati, ma una neoproduzione esclusivamente epiteliale. Mola vescicolare e corioepitelioma maligno istologicamente sono identici, 1903.

L'A. svolge il concetto dell'Ercolani, sulla natura esclusivamente epiteliale della mola vescicolare e considera questo neoplasma come una degenerazione mixomatosa e successiva colliquazione del suo rivestimento epiteliale: mentre l'epitelio si moltiplia e si espande all'esterno, cade in necrosi all'interno. In questo lavoro l'A. dà una parte preponderante al ragionamento.

Sulla natura esclusivamente epiteliale della mola vescicolare, 1905.

È un lavoro critico con caratteoe polemico, nel quale torna a sostenere i suoi concetti sulla natura della mola.

Sull'origine comune della decidua, del sincizio e del trofoblasto dall'epitelio uterino e sul modo di annidarsi dell'uovo 1904.

Come è stato rilevato in passate occasioni, questo lavoro, che pure dimostra nel candidato un vivo interesse nello studio di questi difficili problemi di anatomia ostetrica, ha un peccato d'origine: è cioè quasi interamente basato sull'esame di un pezzo anatomico, riguardante un caso di gravidanza tubarica, prima erroneamente interpretato per corioepitelioma. Ad ogni modo l'A. rivela anche in questa occasione le sue pregievoli qualità di studioso e la conoscenza estesa della questione presa a tema delle sue investigazioni.

Altro lavoro, che riflette l'anatomia e fisiologia ostetrica è il seguente:

Sul peso delle secondine e del feto a termine e sui loro rapporti reciproci, 1901.

È un diligente e paziente lavoro statistico, inteso più particolarmente a dimostrare che le singole parti dell'uovo (feto, placenta, membrane, funicolo, liquido amniotico) stanno in armonica correlazione di sviluppo fra di loro. Esso stabilisce inoltre come inesatto il peso generalmente ammesso per l'organo placentare a termine e mette in rilievo le cause dell'errore.

Presenta infine un rendiconto statistico sanitario pel biennio 1906-07, il quale rendiconto documenta non solo i buoni risultati ottenuti nel campo clinico e didattico, ma mette in evidenza ancora i notevoli miglioramenti che egli in brevissimo tempo ha saputo ottenere per un migliore assetto della scuola d'ostetricia, del Brefotrofio e della Maternità, alla quale è stato aggiunto un reparto ginecologico.

Lo Sfameni con un ottima preparazione scientifica specialmente nell'indirizzo anatomico ha potuto iniziare la sua produzione con lavori di vero pregio. Dedicatosi poi agli studi ostetrici, si è valso dell'indiscutibile sua competenza nel campo dell'anatomia per illustrare argomenti interessanti anche dal puato di vista dell'embriologia. Se ad alcune ricerche fu potuto rivolgere qualche osservazione sulla soverchia portata delle conclusioni, non manca in alcune di esse la prova dell'attitudine al lavoro scientifico e del sicuro possesso dei mezzi sussidiari di studio. È da notare che la produzione scientifica, già assai lodevole anche per il passato, è andata in questi ultimi anni ancora migliorando col rendersi più obbiettiva e col concorrere alle illustrazioni di importanti argomenti sia nel campo ostetrico, che ginecologico. Sono particolarmente pregevoli le sue ricerche di fina anatomia del sistema genitale muliebre, le sue indagini biochimiche sulla costituzione della placenta e del sangue fetale, e talune pubblicazioni, come qnella sulla placenta marginata, assumono l'importanza di vere monografie e portano ad apprezzati risultati. Delle attitudini ad organizzare o dirigere un istituto clinico e d'insegnamento ha dato ottima prova colla riorganizzazione della Scuola ostetrica e della Maternità di Perugia, a lui affidata. Le attitudini operatorie e didattiche, largamente documentate, concorono ad indicarlo come uno dei più seri candidati e lo fanno apparire maturo per l'insegnamento e per la direzione di una clinica.

Dopo ampia discussioue sopra il valore comparativo dei singoli candidati, la Commissione riconoscendo come nel novero dei concorrenti parecchi di essi abbiano buoni titoli ed alcuni già occupino posti nell'insegnamento, delibera ad unanimità di proporre, a termini dell'art. 113 del vigente regolamento generale universitario, tre candidati in ordine di merito.

La Commissione, di fronte alle difficoltà di una scelta fra tanti concorrenti, molti di notevole valore, discute lungamente i criteri da seguirsi per arrivare alla designazione dei tre che meritano di essere prescelti per riconosciuta maturità scientifica ed attitudine didattica. Pel gruppo di quelli, fra i candidati, che primeggiano per produzione scientifica, per titoli di di carriera, per dimostrata attitudine didattica e clinico-operativa, costituiscono certo un elemento di preferenza l'aver diretto o dirigere attualmente un istituto d'insegnamento, l'aver portato eventuali migliorie in questi istituti. Partendo da tale concetto la Commissione stabilisce a maggioranza (quattro voti su cinque) che vengano designati, in ordine di merito, i tre candidati:

1.° Sfameni Pasquale — 2.° Merletti Cesare — 3.° Guicciardi Giuseppe.

1.° *Sfameni*, perchè ha una produzione scientifica varia, assai pregevole e in continuo miglioramento, dalla quale sono stati acquistati alla scienza non indifferenti contributi; perchè ha competenza indiscussa nel campo clinico, didattico ed operatorio; perchè nella direzione della Scuola ostetrica della libera Università di Perugia, in qualità di professore straordinario, ha dispiegato un'attiva e proficua opera, sapendo infondere a quell'istituto un moderno indirizzo ed apportarvi radicali miglioramenti, sollevandolo dallo stato di squallore, in cui lo trovò, quando ne assunse la direzione.

2.° *Merletti*, per la sua assidua ed originale attività scientifica, dimostrata in lavori assai apprezzati e che provano una buona ed estesa cultura anche all'infuori della specialità; per l'attività clinica, didattica ed operatoria e per il modo egregio, con cui tenne la direzione della Scuola ostetrica della Università libera di Ferrara, dove trovasi in qualità di professore straordinario e dove ha saputo conseguire risultati di molta importanza per ottenerne un moderno assetto.

3.° *Guicciardi*, pecrhè nella sua produzione scientifica, numerosa e varia, figurano diverse contribuzioni di pregio; perchè dà ampia dimostrazione delle sue attitudini cliniche, didattiche ed operatorie; perchè chiamato dalla fiducia della Facoltà di Cagliari, vi occupa per incarico, disimpegnato con piena soddisfazione della Facoltà, l'ufficio di professore direttore di quella clinica ostetrico ginecologica.

A queste conclusioni, deliberate dalla maggioranza della Commissione (quattro commissari), non crede di associarsi il quinto membro di essa, prof. Bossi, il quale, a norma dell'art. 115 del vigente regolamento generale universitario, si riserba di giustificare il suo dissenso mediante relazione motivata.

Perciò la maggioranza della Commissione pel concorso al posto di professore direttore della R. Scuola ostetrica di Novara designa a S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione, in ordine di merito, i seguenti candidati:

1.° Sfameni Pasquale — 2.° Merletti Cesare — 2.° Guicciardi Giuseppe.

Ettore Truzzi, *Presidente*
Ernesto Pestalozza
Guglielmo Romiti
Ermanno Pinzani, *Relatore.*

Roma, *3 Marzo 1908.*

Dichiaro anzitutto che, pur motivando, come prescrive il Regolamento, la mia controrelazione, non intendo punto di neanche lontanamente tentare di menomare il valore intrinseco dei tre candidati, i quali ebbero la sorte fortunata di raccogliere i maggiori voti per essere classificati nella terna e per ciascuno dei quali nutro la maggiore stima sotto tutti i rapporti. Mio obbiettivo invece è di cancellare, ove mi sia possibile, la sfavorevole e, a mio modo di vedere, non equa impressione che indubbiamente emergerebbe dalla relazione della maggioranza della Commissione a danno di parecchi valorosi concorrenti come il Cordaro, il La Torre, il Patellani, il Raineri ed altri che, con sacrifici talora inauditi e con una fede degna di ogni maggior elogio, attraverso alle più dolorose disillusioni, si mantennero finora nel campo scientifico attivo e che, potendo a buon diritto già da anni avere una posizione stabile nel campo universitario, veggonsi sfuggire anche la presente occasione senza adeguate motivazioni.

Se il Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione e S. E. il Ministro troveranno, nelle mie motivazioni, sufficienti argomenti per ritenere che, pur essendo ottimi elementi i tre scelti nella terna, vi hanno però fra i concorrenti altri che possono apparire ad essi superiori e non ebbero un trattamento in relazione ai loro meriti, si giungerà all'annullamento dell'attuale concorso. In questo caso sarà a questi ultimi dato di cimentarsi

ad una nuova prova, e negli annali universitari verrà segnalato un nuovo esemplare atto d' equità. In caso diverso io avrò sempre la coscienza di aver compiuto un dovere rifiutandomi di firmare un verdetto di concorso che è contrario assolutamente alle mie più intime convinzioni scientifiche e morali.

Il dovers i dichiarare dissenzienti dalla maggioranza in una Commissione di Colleghi verso i quali tutti si nutre e si è ognora nutrito (comunque possano essere le divergenze scientifiche e d' indirizzo) la maggiore deferenza, è sempre penoso, ma quando il dissenso è fondato su questione di principio e di sentimenti d' equità diventa un dovere contemplato anche dal Regolamento universitario che all' art. 115 fa appunto obbligo ai dissenzienti di « giustificare il loro voto mediante una relazione motivata ».

Epperò, dovendo anzitutto dimostrare una specie di incongruenza che sembrerebbemi emergere nel giudizio sintetico emesso dai miei cólleghi, sono obbligato di ricordare che l' attuale Commissione è formata in maggioranza (tre su cinque) dagli stessi membri della Commissione che esaminò il precedente concorso, espletatosi per la cattedra di Cagliari circa un anno fa, e della quale facevano pure parte i professori Romiti, Pinzani e Pestalozza, gli altri essendo stati i professori Mangiagalli e Clivio.

Orbene, in tale concorso la Commissione non credette di fare una terna e raccolse i suoi suffragi tutti sul Prof. Caruso, per quanto vi fossero parecchi candidati, fra cui appunto lo Sfameni, il Merletti, il Guicciardi e inoltre il La Torre, il Cordaro, il Raineri, il Patellani, il Marocco, i quali in precedenti concorsi avevano ottenuta buona eleggibilità e successivamente avevano data continua prova di operosità clinica e scientifica tanto da nutrire giustificate speranze che, nella prova di Cagliari, i loro meriti e i loro sacrifici sarebbero stati anche pubblicamente riconosciuti nei limiti almeno consentiti dalla terna.

In questa occasione della prova di Novara anche tali tre membri accondiscesero alla mia proposta di fare la terna e ciò può indurre a credere che i tre prescelti abbiano realmente compiuti tali progressi con nuovi poderosi lavori da fare in un anno mutare il giudizio a loro riguardo.

Ma sotto questo punto di vista, così il Dott. Sfameni che il Dott. Merletti, che il Dott. Guicciardi nulla di così importante presentarono da farli ritenere superiori agli altri concorrenti che in precedenti concorsi erano stati classificati superiori, i quali invece dimostrarono una più fortunata attività scientifica anche in questo ultimo anno come, ad esempio, il Patellani coi suoi studi « Sulla funzione dell' ipofisi » e quello: « Rapporto fra acromegalia e la funzione sessuale nella donna »; lavori veramente poderosi nel loro insieme rilevanti grande cultura in tutti i campi e vera genialità e che aprono la via a nuove e interessanti ricerche; il La Torre col completo suo studio specialmente sull' innervazione dell' utero, che, a detta anche del membro estraneo prof. Romiti, che esaminò i preparati, costituisce un lavoro importante con risultati positivi e affatto nuovi in tale campo; studi, così quello del Patellani che quello del La Torre, di maggior encomio stampatisi in Italia in quest' ultimo anno nel campo ostetrico ginecologico; il Raineri coi suoi studi sperimentali: « Sull' allargamento permanente sperimentale del bacino »; e l' altro « Intorno all' emostasi

dopo il parto ed all'obliterazione dei vasi uterini » nonchè il « Rendiconto clinico » che è il più ricco presentato dai concorrenti attuali, lavori sui quali fra poco ritornerò. Come si spiega, se non con una — mi si scusi il termine — specie di incongruenza, tale mutato giudizio? E mutando giudizio perchè la scelta cadde sui primi tre e non sugli altri, uno dei quali, il Raineri, da molti più anni dirige un istituto?

Vero è che, con sincerità degna di lode, così il prof. Pinzani, che il prof. Romiti, che il prof. Clivio, ebbero personalmente a dichiararsi non soddisfatti dell' esito finale del concorso di Cagliari ma, in questo caso, appare chiaramente come meglio si sarebbe provveduto all' interesse universitario con una controrelazione quale io, per quanto a malincuore, sto facendo. Giacchè è a ricordarsi che, come il Caruso, anche lo Sfameni, il Merletti, il Guicciardi e il Raineri erano a capo d' istituti clinici.

Potrei poi qui fare un particolareggiato esame dei vari concorrenti non riusciti nella terna, quali Patellani, La Torre, Cordaro, Raineri, ecc., in confronto dei tre riusciti, ma ritengo che basterà che io dimostri anche solo, che uno dei non classificati nella terna fu, s' intende, a mio modo di giudicare, sacrificato, perchè il Consiglio Superiore e S. E. il Ministro sentano la necessità di rifare questo concorso, e ciò sarà anche a vantaggio degli altri candidati. E a questo riguardo scelgo il dott. Raineri, non per altre ragioni (egli non fu mai mio allievo), ma pel fatto unico che egli in questo concorso si presenta di fronte agli altri candidati il più quotato per la lunga carriera clinica, per le sue benemerenze verso il campo universitario, per le graduatorie avute nei precedenti concorsi. Ed invero:

Per rapporto ai precedenti concorsi abbiamo che:

Nei concorsi espletatisi per Novara e per Cagliari nel 1901:

Il Patellani riusciva di un gruppo al disopra del Merletti e il Raineri riusciva a sua volta di un gruppo al disopra dello Sfameni e pari al Miranda.

Nei concorsi di Pavia (ordinario) e Catania (straordinario): il Merletti e il Guicciardi non concorsero.

Il Raineri riuscì *ex aequo* con La Torre e Marocco con 40/50 e 42/50 e al disopra di Sfameni che veniva classificato nel gruppo successivo con 38/50 e 39/50.

Nel concorso di Perugia nel 1905, della cui Commissione facevano parte i professori Pestalozza, Mangiagalli e Clivio, si stabiliva una terna in cui il primo fu Ferroni, il secondo Caruso e il terzo Raineri; lo Sfameni e il Guicciardi rimanevano fuori della terna e il Merletti non concorreva. E' a notarsi che al concorso di Perugia egli presentava pure il suo trattato per le levatrici ora tanto criticato dai miei colleghi di commissione.

Per rapporto poi alla designazione di Caruso prima di Raineri, la Commissione scriveva: « la Commissione discute sulla precedenza da darsi al « Caruso o al Raineri e delibera di proporre secondo il Caruso e come « terzo il Raineri tenendo calcolo del fatto che il prof. Caruso, quantunque « sia da minor tempo alla direzione della Scuola di Novara, ottenne il « posto ufficiale in seguito a concorso, mentre il prof. Raineri non fu che « successivamente confermato nell' incarico » ammettendo quindi che il Caruso (che l' anno scorso fu classificato primo e unico a Cagliari) non

differenziava per nulla scientificamente dal Raineri e che lo si pose prima solo per ragione burocratica - ragione burocratica che neppure essa esisteva perchè il Caruso fu nominato a Novara pur avendo pari il Patellani, nè si sa perchè fu preferito al Patellani.

Dal 1905 in poi si fecero i due concorsi di Cagliari nei quali non si stabilirono graduatorie, in uno essendovi nominato il solo Ferroni, nell'altro — come disse — solo il Caruso. Per modo che si arresta a Perugia la possibilità di raffrontare il grado di eleggibilità per i vari candidati, ben sapendosi che i giudizi a frasi ed a qualificativi sono impossibili a misurarsi con precisione sufficiente

Ora accadde che il Merletti, pur essendo riuscito per Novara dopo il Bidone e dopo sopratutto il Patellani, da cui differenziava di un gruppo, riusciva ad occupare per quello stesso concorso la cattedra di Ferrara nel 1901 ne *mai* dopo d' allora sistemò con alcun altro concorso la sua posizione illegale (illegale in raffronto al Patellani), e lo Sfameni, che non era riuscito eleggibile nella terna di Perugia, nel 1905 giungeva a farsi nominare titolare a Perugia in base a quello stesso concorso quando il Raineri, legalmente nominatovi, diede le dimissioni, e neppure lo Sfameni potè finora legalizzare con altri concorsi la sua posizione.

Il Guicciardi poi trovasi a Cagliari quale incaricato senza avere avuto alcuna eleggibilità.

Ne consegue che l' *unico* tra i concorrenti che abbia occupato un posto per concorso è il Raineri che fu nominato appunto a Perugia, e che il Raineri è quello che rimane classificato sopra tutti gli altri nel succedersi delle varie prove.

E' perciò a chiedersi quali demeriti abbia accumulato il Raineri per giungere a questo estremo: che in due anni viene escluso dalla terna e posto dopo Guicciardi, Merletti e Sfameni, di quello stesso Sfameni che al Raineri deve il posto di Perugia, occupato (illegalmente invero) dopo che egli vi rinunciò per continuare a dirigere una clinica equipollente, quella di Vercelli.

La discussione al riguardo, nel seno della Commissione, si accese assai vivace contro il Raineri per parte specialmente del prof. Truzzi nonchè anche del Pestalozza che pur tanto favorevolmente l'aveva due anni prima giudicato (il giudizio della Commissione fu unanime) a Perugia; e ciò, lo confesso, mi meravigliò, perchè potei constatare che le accuse, alcune delle quali spinte fino agli errori di ortografia, erano state con particolare studio predisposte, il Ranieri essendo stato discusso nella prima seduta. Il più combattuto, particolarmente dal Truzzi, fu il lavoro « sull' allargamento permanente del bacino ».

Debbo a questo riguardo ricordare che il prof. Truzzi da qualche anno si è assunto la paternità di proporre e introdurre nella pratica clinica « l' allargamento permanente del bacino umano » coll' introduzione, dopo la pubiotomia, fra i due monconi del pube, di un cono osseo, e pubblicava anche un caso di una paziente operata in tal modo ai primi di giugno 1907 e dimessa con esito positivo dopo neppure venti giorni.

Non vi ha chi, come ebbe ad affermare anche uno dei distinti nostri anatomici, non comprenda essere destituita d' ogni fondamento fisio-anato-

mico tale proposta, per quanto a priori in sè possa adescare come iniziativa assai pratica.

Il prof. Raineri con tutto ciò volle tentare di comprovare la proposta del prof. Truzzi col mezzo sperimentale sulle coniglie ma, disgraziatamente, le prove riuscirono negative, ed egli, pur sapendo che il prof. Truzzi era stato nominato quale suo giudice in questo concorso, pubblicò sinceramente tali risultati.

Il prof. Truzzi nella discussione fece gravi accuse alle quali qui ripeto le risposte che diedi:

Nel lavoro sull' allargamento del bacino *non e vera* l' affermazione del Truzzi che le conclusioni sieno state estese alla donna:

E' detto nelle conclusioni:

« Dato l' insuccesso dall' esperimento se ne deduce l' assoluta negativa praticità della proposta quando *esso* (insuccesso dell' esperimento) si volesse estendere al bacino muliebre ».

Questo periodo forse non felicemente esprime l' idea dell'autore, giacchè *esso* e la seconda parte del periodo (si volesse estendere al bacino muliebre) vuole essere riferita ad *insuccesso dell' esperimento*, ciò che in altre parole ed in termini più espliciti, verrebbe a dire che l' insuccesso dell' esperimento nelle coniglie non può e non potrà mai essere esteso al bacino muliebre.

Ciò è tanto vero e non è possibile altra interpretazione se si scorre l' intero lavoro, ove si trovano più volte espressi apprezzamenti a questo affatto riportabili.

Così a pag. 5 è scritto: « i miei risultati quasi del tutto negativi hanno « un relativo valore e si comprende:

Così a pagina 22 ancora, a spiegare i risultati ottenuti, è scritto: « che forse nell' osso di coniglio vi è una speciale disposizione a guarigione non per callo osseo: il che fa supporre che nella specie presa in considerazione non ci troviamo nella condizione della nostra. Selhecin nella cagna aveva notato, nel bacino segato, guarigione della ferita sempre per neoformazione fibrosa: la maniera speciale di comportarsi della cellula ossea potrebbe essere naturalmente diversa ».

E poi nel suo lavoro: « Sopra due casi di pubiotomia » pubblicato nel numero 9 degli annali del 1907 dice esplicitamente a proposito della introduzione fra i due capi ossei del bacino ebotonizzato di cunei di osso decalcificato. ecc. che, sebbene i suoi esperimenti sulla coniglia l' avessero dimostrata inattuabile, non è da eliminarsi per la donna, giacchè *il risultato dell' esperimento negli animali non è sempre applicabile alla specie nostra e sta in suo favore la prima prova del Truzzi direttamente e felicemente tentata nella donna.*

La *sterilizzazione* dei cunei poi non ha alcuna importanza nell'esito di insuccesso, giacchè è notorio da nozioni ovvie di patologia generale che gli innesti possono in qualche cosa giovare solo in quanto se ne *utilizza la parte loro inorganica* e, d' altra parte, era necessaria per non portare elementi settici che in qualche modo avrebbero potuto ostacolare il normale processo di riparazione.

In quanto poi all' obiezione che le *cartilagini non debbono essere usate*

nel processo di riparazione delle ossa, e quindi non avrebbero dovuto essere neppure tentate dal Raineri nei suoi esperimenti, mi basti ricordare che, nel mentre le cartilagini furono usate da Zahn (citate da Ranieri) con esito negativo, condussero a risultati positivi, specie per le cartilagini interepifisarie, il Zoppi (pure citato da Ranieri).

Attaccato vivamente pure fu il lavoro « Su due casi di pubiotomia » volendosi sminuire l' abilità operatoria nel caso di morte per emorragia incorso alla seconda operazione (l' esito nella prima era stato felicissimo, mentre appare ben dimostrato che l' emorragia era in relazione alle condizioni speciali del pube segato e quindi anche dei vasi, avendo egli insistito nel descrivere lo stato di varicosità grave nei vasi genitali. La pubblicazione di tale caso all' incontro, caso del quale uno eguale ebbe il Rostoru, oltrechè fu clinicamente utile, dimostrò una encomiabile sincerità e onestà nel clinico. Io, nella mia coscienza, non posso tacere che ebbi l' impressione che il prof. Truzzi, come d' altronde è umano, si sentisse offeso dal Raineri nella paternità della sua proposta e che, per quanto sia spirito equanime, possa essere insorto, senza che egli se ne avvedesse, un istintivo risentimento che, come accade in tutte le cose oltre che scientifiche anche artistiche, può aver oscurato la serenità del giudice: ciò ripeto, sarebbe accaduto senza che egli se ne desse anche lontanamente conto preoccupato, come è naturale, della difesa di una propria veduta scientifica.

Ed infatti subito dopo, nella discussione sull' ultimo rendiconto clinico del Raineri, (rendiconto che, ripeto, è statisticamente e per varietà il più ricco presentato dai concorrenti) il prof. Truzzi fece rilievi tali che mi confermarono in tale impressione. Dimenticando che trattavasi di una pubblicazione inviata d' urgenza al concorso e di cui (come dai moltissimi errori di stampa appare) non aveva avuto il tempo di correggere le bozze, obbiettò dapprima come nel mentre dava 8 morte, nel testo le morte erano 10 e una per una, letto per letto, le passò infatti in rivista, senza soggiungere che se il Raineri voleva occultarle non le avrebbe esposte nei loro dettagli e senza contare pure che su tale cifra non aveva dedotta alcuna percentuale. Osservava il prof. Truzzi che, in varii punti, era stampato Emmet preceduto dall' H, senza rilevare che in altri punti esa stampato Emmet senza H; osservava il prof. Truzzi che vi aveva trovato una primipara di 82 anni, come non fosse ovvio l' errore di stampa; accusava il prof. Truzzi, e con lui il prof. Pestalozza, il Raineri di non aver fatto subito la diagnosi di gravidanza extra-uterina in una paziente presentatasi in clinica d' urgenza, con peritonite e feto morto da lungo tempo, tanto che introdusse una candeletta, quasi che non siano note le difficoltà gravissime di diagnosticare la gravidanza extra-uterina quando vi ha peritonite, meteorismo, aderenze, versamenti. E così potrei a lungo continuare nella enumerazione, ma parmi che quanto esposi basti a giustificare il dubbio sorto nel mio animo e che, per debito di coscienza, dovetti a malincuore rilevare di fronte alla minacciata ruina, fra gli altri, di un collega che da 20 anni validamente tiene un posto onorato nell' ostetricia italiana. Fra i lavori pubblicati dopo il congresso di Perugia dal Raineri vi ha anche quello « Attorno alle vie di infezione del liquido amniotico ecc. ». Come quello sull' allargamento permanente del bacino anche questo è un

ottimo lavoro sperimentale che rileva fatti nuovi di utilissima applicazione clinica e che anzi la Clinica conferma, perchè è indubitato che si è in oggi troppo ottimisti nel lasciare a lungo il feto nell' utero anche se le membrane sono integre. Giustamente il Raineri rilevò come tali membrane, morto il feto, si ledano e permettano il passaggio di elementi tossici.

A questo riguardo il prof. Pestalozza obbiettò che l' apparecchio usato non offriva garanzia. Chiesi quale avrebbe usato, ma nessuno potè suggerirne, ed invero esso è finora l' unico logico. Infatti il dott. Cova, assistente del prof. Pestalozza, in un suo lavoro dal titolo « La prognosi materna e fetale nei casi d' infezione del liquido amniotico » (Annali di ostetricia e ginecologia, pagina 17) osserva che, volendo dosare la permeabilità delle membrane ovulari, usava membrane freschissime (come fece il Raineri) che con speciali occorgimenti di tecnica, venivano adattate ad un apparecchio semplicissimo foggiato sul tipo dell' endosmometro del Dutrochet (proprio come fece il Raineri). Altro lavoro dopo tale concorso è « Intorno all'emostasi dopo il parto ed alla obliterazione dei vasi uterini »; anch'esso è studio sperimentale condotto con buona tecnica e con scrupolosità scientifica, quale d' altronde è in uso nel laboratorio del prof. Fusari nel quale fu eseguito.

Il prof. Pestalozza cercò di togliere ad esso importanza asserendo che le conclusioni a cui giunse erano già note. Ma debbo qui rilevare che se altri autori e trattatisti avevano affermato trattarsi di processi regressivi, nessuno però lo dimostrò e spetta al Raineri l'averli dimostrati rettificando i lavori di Stolper ed Hermann e precisando come il processo regressivo avviene nei vasi per rigonfiamento cellulare e per scissione diretta del nucleo. Egli inoltre precisò il modo col quale avviene il processo di emostasi nella muscolare negli strati sottomucosi e nella mucosa, stabilendo che i fatti trombolitici nei primissimi tempi del puerperio avvengono specie nella mucosa e negli strati muscolari più profondi, più tardi nella muscolare e nella sierosa avvengono le peculiari modificazioni delle tuniche vasali.

Così, ad esempio, la stessa affermazione aprioristica ha espresso Pestalozza per i nervi, ma chi lo ha dimostrato?

Concludendo, il Raineri dal 1905, da cui col concorso di Perugia tenne il primo posto fra i candidati, non solo non demeritò ma, così coll' opera sua clinica e didattica (egli dirige sempre la scuola di Vercelli) che coll'attiva operosità scientifica, produsse lavori ottimi, geniali, colla conclusione di fatti nuovi, segnando così un continuo progresso nella sua carriera quale certo nè lo Sfameni, nè il Merletti, nè il Guicciardi, per quanto pure attivi, riuscirono a segnare in egual grado. A sminuire d' altronde d' assai, ad esempio, l' opera del Merletti (che in realtà produsse assai poco in questi anni dacchè dirige la clinica di Ferrara) basterebbe la sua pubblicazione: « Sul commercio dei sali studiato col mezzo della circolazione artificiale » nella quale i dottori Acconci e Santi giustamente, fra l'altro, gli rimproveravano come egli avesse commesso il grossolano errore di *giudicare* e *pesare* come glucosio l' ossidulo di rame precipitato colla reazione del Fehling; ciò che rese titolo assai negativo tale lavoro. E potrei, volendo, continuare un' efficace critica ad altri lavori così del dott. Merletti che dello Sfameni che del Guciciardi, ma *intento mio è*, dissi, *non di menomare i prescelti, ma di elevare secondo giustizia gli altri.*

E ritornando al Raineri non è a tacersi come egli, risiedendo in un centro non universitario (Vercelli), abbia avuto il merito di lavorare egualmente e con sempre maggior lena col trasportarsi nei laboratori dell'università di Torino, facile è a comprendersi con quale disagio. E ricordar pure che devesi unicamente alla insistente tenacia del Raineri se in oggi abbiamo ancora aperta la scuola di Vercelli che rimase chiusa dal 1891 al 1893 e che per opera sua fu riaperta nel 1894 e divenne man mano nelle sue limitate proporzioni un istituto ostetrico e ginecologico veramente modello colle ultime aggiunte fatte.

E ricordare in ultimo si deve come da ben 15 anni la Facoltà di Torino conferma la sua fiducia al Raineri e che solo incomprensibili circostanze di regolamenti gli hanno impedito di essere sistemato come lo fu a Perugia. Basterebbe la prova del notevole impulso dato così alla clinica che allla scuola, rilevato dall' aumento progressivo così del materiale clinico che dalle allieve.

Triste contrasto questo con quanto accadeva nella vicina Novara dove la decadenza della scuola induceva il prof. Caruso a suggerire in una memoria stampata la chiusura della scuola di Vercelli come mezzo di dare vita alla propria, il che non gli impediva nello scoro anno di esser nominato primo ed unico nel concorso di Cagliari Ed un' ultima considerazione si affaccia colla quale chiudo la presente relazione.

È ingenerato nell' opinione pubblica, con quanto fondamento non dico, il dubbio che difficilmente gli autodidatta i *self-men* raggiungono la desiderata meta. Fra i candidati dell' attuale concorso forse più che in qualunque altro abbondano appunto i colleghi studiosi che, per circostanze da loro indipendenti e senza loro demeriti, abbandonati a sè stessi hanno coraggiosamente e con sana e coscienziosa tenacia continuato nei loro studi producendo ottimi lavori clinici e scientifici quanto e forse più che se avessero avuto a loro disposizione un istituto. Tale, oltre al Raineri, che dal 1889 vive di vita propria, il Patellani che avrebbe dovuto di diritto occupare, in base al concorso di Novara e di Cagliari il posto che occupa ora il Merletti e disputarsi quello che occupò il Caruso; tale il La Torre che visse sempre di vita propria migrando nei vari istituti e cooperando assai a diffondere l'ostetricia italiana all' estero; tale il Cordaro che accanto all' istituto universitario creò una sezione ospedaliera ostetrico-ginecologica d' assai superiore per igiene, edilizia e per movimento clinico e operatorio. Orbene è fatale che la terna proposta dalla maggioranza sia costituita dagli aiuti dei tre ostetrici di essa maggioranza, cioè il dottor Sfameni del prof. Pinzani, il dottor Merlett del prof. Truzzi e il dott. Guicciardi del prof. Pestalozza.

Ne è a trascurarsi che il prof. Romiti dichiarò di stare, per delicatezza, colla maggioranza dei competenti in materia, e votò sempre per l' ultimo.

Penso e ritengo che questa sia una semplice fatalità, ma pure fatalmente potrà dare consistenza al suesposto dubbio e ingenerare sconforto negli indipendenti, e ben sovente ,più forti, che da soli, senza l' appoggio di un maestro che li guidi e difenda, affrontano e sostengono le lotte ardue della carriera scientifica.

Questa considerazione potrà credersi a tutta prima estranea alla relazione ma, se verrà esaminata nella sua vera entità, penso che apparirà degna anch' essa di essere apprezzata specialmente in un periodo della vita nazionale come l' attuale, in cui ad ogni istante, giustificati o meno, pullulano i sospetti di protezionismi e di atti ufficiali non in tutto equi.

E concludendo insisterò nel rilevare:

che, raffrontando il risultato dell' attuale prova con i giudizi dei tre ultimi concorsi espletatisi in poco più di due anoi (dal 1905 al 1907) per Perugia e Cagliari e nei quali erano commissari: a Perugia, Pestalozza; al 1° di Cagliari, Pestalozza, Pinzani, Truzzi, Romiti; al 2° di Cagliari, Pestalozza, Pinzani, Romiti; appare tale una grave sproporzione nelle conclusioni in rapporto alla critica dei lavori fatti negli ultimi anni, che basterebbe per sè stessa a giustificare l' apertura di un nuovo concorso;

che non può non tenersi conto della condizione d' animo in cui uno dei giudici ebbe necessariamente a trovarsi nella giustificata preoccupazione di difendere un trattamento clinico di cui, in Italia e all' estero, aveva assunto con ardore ed entusiasmo la paternità e che, proprio in questi ultimi mesi, veniva ad essere, dagli esperimenti del dott. Raineri, quasi fatto riconoscere insostenibile;

che, senza discutere sugli altri candidati già nominati ripetutamente, non hanno in realtà i miei colleghi della Commissione potuto dimostrare come il dott. Raineri abbia *tanto demeritato* in questi ultimi due anni (in cui continuò a dirigere con plauso della Facoltà di Torino la Clinica di Vercelli ed *a produrre ottime memorie* scientifiche) da far dimenticare che, di tutti i candidati, fu finora quello che ottenne la maggior graduatoria e che, di tutti i candidati, è l'unico che occupò un posto per concorso (Perugia);

che a lui deve l' insegnamento universitario se esiste una scuola la più fiorente e clinicamente elevata ai maggiori progressi: quella di Vercelli;

che egli da 15 anni è preposto alla direzione di tale istituto con soddisfazione piena della Facoltà medica così per il lato didattico che clinico, che scientifico.

E parmi infatti di avere esaurientemente, punto per punto, tolto quasi ogni entità alla critica fatta agli ultimi lavori in base a cui i miei colleghi ritennero giustificare il giudizio attuale sfavorevole al Raineri ed ai candidati più anziani di carriera, nel mentre essi, se si fa un attento esame non possono documentare per quali lavori scientifici *pubblicati dopo il concorso di Perugia* (1905) i tre prescelti poterono sugli stessi guadagnare tanto terreno.

Pur sapendo di ripetermi eccessivamente, però ancora, e non senza ragione, ho a rilevare l' incongruenza di fronte a cui ci troviamo, che cioè:

il dott. Sfameni che, senza diritto (come esposi, non era riuscito nella terna) occupò il posto di Perugia lasciatogli libero dal dott. Raineri, vi si trova da due anni quale titolare, nè può essere allontanato comunque siano le sorti di questo concorso;

il dott. Merletti, nominato nel 1901, anch' egli senza diritto, a Ferrara ove il posto pel concorso stesso di Novara del 1901 spettava al dottor Patellani e in seguito al dott. Bidone, vi si trova pure quale titolare nè può essere allontanato;

il dott. Guicciardi, per quanto ai primi passi, in confronto ad altri (Cordaro, La Torre, Patellani ecc.) della carriera, chiamato (senza alcuna designazione di graduatoria superiore agli altri e senza mai essere stato graduato in precedenti concorsi) quale incaricato alla clinica di Cagliari continua nella direzione di essa.

Il dott. Raineri all' incontro *che si psesentò a tutti i concorsi superando sempre lo Sfameni* ora giudicato, *in di lui vece*, primo nella terna, e risultando in oggi al riguardo il più quotato di tutti i candidati presentatisi; che ridonò all' insegnamento ostetrico italiano la scuola di Vercelli, alla cui direzione trovasi, non da due anni come lo Sfameni, nè da sei come il Merletti, nè da un anno circa come il Guicciardi, ma da *15 anni*; che fu l' unico che conquistò un posto per concorso (Perugia) lasciandolo poi allo Sfameni; il Raineri, che per strane e contradditorie disposizioni regolamentari reggenti le varie scuole ostetriche, trovasi tuttora semplice incaricato *e nella necessità perciò di una sistemazione ufficiale che lo compensi*, se l' attuale verdetto della maggioranza verrà sanzionato dalle autorità competenti, si troverà *respinto* (il termine è per nulla esagerato) dall' insegnamento e dalla direzione di quell' istituto a cui tante e preziose energie con tanto lodevoli risultati ha dato; si troverà dopo 20 anni di ininterrotto lavoro clinico e scientifico allontanato per sempre (nè è a illudersi che possa accadere altrimenti) dalla carriera universitaria nella quale da solo ha sempre tenuto, anche attraverso ai maggiori sconforti, un posto onorato *ognora riconosciutogli in tutti i precedenti giudizi.*

A un verdetto che porti, fra l' altro, a questa conseguenza, ripeto ancora una volta, non sento nè sentirò mai di poter apporre il mio nome, e sono convinto che anche i miei colleghi, che della vita scientifica conoscono le difficoltà, i sacrifici e le asperità, pensando alla gravità del fatto e all' onda di sconforto che si ripercuoterebbe nell' animo di tutti i giovani studiosi, accetterebbero come un sollievo morale l' annullamento di questa prova o, quanto meno, la graduatoria del dott. Raineri come primo nella terna.

Roma, 3 marzo 1908.

Prof. LUIGI MARIA BOSSI.

P. S. — Avendo seguito la lettura della Relazione della maggioranza non ho potuto a meno di rilevare l' enorme e, dirò, impressionante sproporzione fra i dettagli, anche talora minimi, con che si mettono in vista i lavori pure di minima entità dei tre prescelti, in particolar modo dello Sfameni, in confronto della esposizione succinta ed affatto insufficiente per un sereno giudizio e improntata quasi unicamente a critica, fatta pel Raineri, ciò che veniva seduta stante osservato anche dal prof. Pestalozza, per rapporto allo Sfameni. Basterebbe tale così evidente sproporzione a giustificare l' annullamento di questo concorso.

Roma, 3 marzo 1908.

Prof. LUIGI MARIA BOSSI.

Le precedenti due relazioni, l' una della maggioranza, l' altra della minoranza, costituiscono l' opera della Commissione pel concorso a professore-direttore della R. scuola di ostetricia di Novara.

Roma, 3 marzo 1908.

La Commissione

ETTORE TRUZZI, *presidente*
ERNESTO PESTALOZZA
LUIGI MARIA BOSSI
GUGLIELMO ROMITI
ERMANNO PINZANI, *relatore*.

Il Consiglio superiore per la pubblica istruzione, esaminati gli atti del concorso e riconosciutili regolari, ha deliberato, nell' adunanza del 9 maggio 1908, di restituirli al Ministero senza osservazioni.

MATTEO OPPECINI, *Gerente responsabile*.
STAB. TIP. G. B. MARSANO, *Corso Buenos Ayres, 21 - Genova*.

ANNO I. OTTOBRE 1908. FASC. 10

LA GINECOLOGIA MODERNA

Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia

E DI

PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

XIV° CONGRESSO

DELLA

SOCIETÀ ITALIANA DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Genova, 29-31 Ottobre 1908

Alle 9,30 del 29 Ottobre nell' Aula-anfiteatro dell' Istituto ostetrico-ginecologico della R. Università di Genova, venne inaugurato il XIV Congresso della Società italiana di ostetricia e di ginecologia. Numerosissimi .furono gli intervenuti, e quasi tutte le Cliniche erano rappresentate nelle persone dei loro direttori, aiuti, ed assistenti. Presenziavano il prof. senatore Mangiagalli di Milano, il prof. Bossi di Genova, il prof. Pestalozza di Roma, il prof. Pinzani di Pisa, il prof. Truzzi di Padova, il prof. Guzzoni di Messina, il prof. Resinelli di Firenze, il prof. Ferroni di Parma, il prof. Clivio di Pavia, il dott. A. Barsotti di Lucca, il prof. A. Bertino di Firenze, il dott. Vito De-Blasi di Roma, il dott. Basilio Bonardi di Milano, il dott. A. Cuzzi di Roma, il prof. Costa di Milano, il dott. G. Carli di Genova, il dott. De Marini di Genova, il dott. S. Delle Chiaie di Napoli, il prof. D'Erchia di Bari, il dott. Antonino D'Urso di Palermo, il prof. D'Alessandro di Napoli, il dott. De Lorenzi d'Intra, il dott. Tiberio Evoli di Melito, il prof. Gioelli di Genova, il dott. Garino di Roma, il dott. A. Luzzani di Como, il dott. Lastaria di Lucera, il dott. Arturo e il dott. Mario Lampugnani, il dott. Marzorati di Salsomaggiore, il prof. Montuoro di Palermo, il dott. Messore di Marcianise, il prof. Mascagni di Arezzo, il dott. Maffi di Lavòrgo, il prof. Mirto di Milano, il prof. Micheli di Roma, il prof. Namias di Mantova, il prof. Pozzoli di Voghera, il dott. Pastore di Genova, il dott. Parmenide Ricci di Napoli, il prof. S. Patellani di Milano, il prof. Politi-Aloisio di Catanzaro, il dott. Rebaudi di Genova, il prof. Ranieri di Vercelli, il prof. Sapelli di Genova, il prof. Vàraldo di Savona, il

prof. Zanfrognini di Modena, il dott. Zenoglio di Genova, il dott. Zamorani di Milano, il dott. Zanchi di Cava Manara, ecc.

Presenziarono pure le sedute molti soci aderenti e tra questi il dott. Arpini, il dott. Bolaffio, il dott. Boggiano, il dott. Burlando, il dott. Cuneo, il dott. De Barbieri, il dott. Puccio, il prof. Segale, il dott. Donzella, il dott. Ravano, ecc. ecc.

***

Il prof. senatore Mangiagalli, presidente della Società italiana di ostetricia e ginecologia, inaugurò il Congresso con un saluto a Genova e al prof. Bossi, che degnamente ne dirige la Clinica Ginecologica, rievocando gli scopi nobilissimi che la Società italiana di ostetricia si propone per lo sviluppo scientifico della nostra specialità e facendo rilevare l' importanza della riunione per i temi che saranno in essa svolti e discussi. Al prof. Mangiagalli risp se il prof. Bossi ringraziando per le gentili parole rivolte alla città di Genova e all' Istituto universitario da lui diretto.

A presidente del Congresso fu chiamato per acclamazione il prof. Bossi; a vice presidenti vennero nominati il prof. Guzzoni e il prof. Truzzi; a segretarî il prof. Bertino, il prof. Patellani, e il dott. Rebaudi; a revisori dei conti il dott. Luzzani e il prof. Sapelli; a commissarî per l' elezione dei nuovi soci il prof. Guzzoni, il prof. Montuoro e il dott. Evoli; e a commissarî per la stampa degli atti il prof. Ferroni e il prof. Clivio.

Il prof. Resinelli, direttore dell' istituto ostetrico-ginecologico di Firenze, commemorò il compianto collega Leonardo Gigli con parole commoventi che raccolsero l' unanime plauso dell' Assemblea.

Su proposta del senatore Mangiagalli fu inviato il seguente telegramma alla famiglia dell' illustre perduto:

« Ostetrici-ginecologi italiani riuniti a Congresso a Genova, iniziano loro lavori mandando famiglia compianto illustre Collega Gigli, rinnovate affettuose reverenti condoglianze.

MANGIAGALLI - BOSSI ».

***

Il primo tema scientifico fu svolto dal prof. Ernesto Pestalozza, direttore della Clinica Ostetrico-ginecologica della R. Università di Roma.

Il prof. Pestalozza lesse una interessantissima relazione su:

La lotta contro il cancro dell' utero.

Venne alle conclusionl seguenti:

Dalle statistiche pubblicate in Italia, risulta un aumento dei casi di morte per tumori maligni; e le cifre che si riferiscono all' Italia sono confermate da dati pubblicati all' estero. In un ventennio si ebbe un aumento dei casi di morte da 12.000 a 20.000 soltanto in Italia. Rappresenta il cancro uterino una malattia che paralizza per mesi ed anni una povera malata per ucciderla in un modo ineluttabile.

Contro il terribile male è necessario una vera lotta sociale che in Italia non meno che altrove, si va di anno in anno meglio delineando nei suoi particolari. La sola, l' unica difesa fino ad oggi conosciuta, è rappresentata dall' intervento chirurgico: ma tale difesa è contrastata dagli ostacoli medesimi che si oppongono ad una precoce diagnosi, senza della quale non si può provvedere prontamente.

Affermata e diffusa la conoscenza della possibilità di una cura operativa del cancro dell' utero, si otterrà di aumentare il numero delle donne radicalmente curate. Il miglioramento dei risultati oltrechè nella progressiva evoluzione della tecnica operativa ginecologica, trova la sua ragione nei migliori mezzi diagnostici, in quanto permettono il riconoscimento precoce del male e di sorprenderlo nei suoi stadî iniziali, quando si può avere ancora una speranza fondata di curabilità chirurgica.

Il fatto della facilitata diagnosi appare, dalle percentuali di operabilità che vanno altrove crescendo, mentre si mantengono ancora da noi entro limiti piuttosto bassi.

Per aumentata operabilità non si deve però intendere l' estensione della operazione per virtuosità tecnica ai casi assai diffusi, ma la possibilità di aggredire chirurgicamente un numero sempre più grande di casi iniziali. Una sana chirurgia deve anzi rinunziare a poco a poco ai tentativi di cura radicale delle forme più avanzate, per concentrarsi tutta nella cura delle forme iniziali.

La cura è radicale in quanto riesca ad escludere le recidive, ed in questo senso la garanzia migliore è data da quei metodi operativi, che concedono la più ampia ablazione di una vasta zona di connettivo attorno all' utero. L' esperienza più recente va relegando in seconda linea la rimozione metodica delle glandole linfatiche della regione: ciò per altro non esclude che una glandola linfatica infiltrata a lato di un cancro che si pensava limitato debba essere senza dubbio esportata.

La possibilità di una più ampia resezione del connettivo pelvico ha un limite nel pericolo di portare offesa agli organi pelvici, e specialmente agli ureteri. Sotto questo punto di vista le operazioni per via addominale sembrano concedere una resezione più ampia e sicura, perchè possono farsi precedere dall' isolamento degli ureteri secondo il metodo del Wertheim.

Anche per via vaginale è però possibile conseguire un' abbastanza estesa demolizione dei parametrii, se il campo operatorio venga reso meglio accessibile dalle incisioni liberatrici, come nei metodi di Schuchardt e di Schauta.

Circa la cura chirurgica, il prof. Pestalozza si mostra partigiano dell' operazione addominale radicale, per le ragioni che già ebbe ad additare fin dal congresso di Ostetricia a Bordeaux nel 1896, ove egli indicò i vantaggi del metodo Freund con le modificazioni da lui e dal Wertheim suggerite.

L' intervento addominale è preferibile per la facilità dell' emostasi, per il facile isolamento della porzione pelvica degli ureteri e perchè consente di asportare tutto il neoplasma, il connettivo pelvico e le ghiandole infiltrate.

I casi suscettibili di cura e di guarigione definitiva, sono quelli di cancro iniziale; viceversa il cancro diffuso non consente che una cura palliativa.

L' importanza della operazione precoce designa la necessità di una diagnosi precoce, a rendere possibile la quale, se giovano immensamente i risultati degli esami microscopici dei tessuti sospetti, è però indispensabile ricorrere a metodi di propaganda fra medici, fra levatrici, fra profani, propaganda che metta in evidenza la frequenza del cancro, che dissipi il disfavore in cui è purtroppo caduta nella mente di molti la cura chirurgica, pur così promettente nei casi iniziali; e che faccia risaltare i sintomi dell' insidioso inizio del male.

Tale propaganda è utile che, sull' esempio di quanto con buon frutto si è fatto in Germania dal Winter e dal Runge, venga iniziata per cura della Società nostra, e proseguita con tutti i mezzi e d' accordo con la Società, che anche in Italia si è costituita per lo studio in genere del cancro.

Ogni più vivo impulso deve essere dato anche nel nostro paese agli Istituti che si propongono indagini scientifiche sulle cause e sull' essenza del cancro, indagini che acquistano tanto maggior valore, e tanta maggiore possibilità di pratiche applicazioni, quanto più si delinea, come razionale e probabile, l' ipotesi della natura infettiva del male. Sarà bene inoltre studiare, quali rapporti ha il cancro con le altre malattie quali, ad es., la sifilide e i fibromiomi uterini, con l' ereditarietà, dimostrata positivamente da una personale statistica del Pestalozza nel 7 p. $^{0}|_{0}$ dei casi, e anche con la distribuzione topografica delle inferme.

L' ipotesi della natura infettiva, e più precisamente dell' origine blastomicetica delle neoplasie epiteliali maligne (Sanfelice), ha fatto un passo della più alta importanza colla esperimentata produzione di neoplasie maligne dietro le iniezioni dei prodotti solubili dei blastomiceti infettanti: ed apre già fin d' ora la via alla promessa di future applicazioni terapeutiche, se abbiano a mantenersi per la donna gli ottimi risultati già conseguiti sugli animali dal Sanfelice, mediante l'iniezione di sieri opportunamente preparati.

Nello studio della patogenesi del cancro, hanno importanza le ricerche del prof. Sanfelice e la scoperta del blastomicete, che egli riuscì a coltivare: è uno studioso che lavora in questo campo con fede di apostolo da moltissimi anni, malgrado lo scetticismo dei più. Se gli studi del Sanfelice attingeranno lo sperato successo, la patogenesi del cancro verrà definitivamente rischiarata e la sieroterapia entrerà come fattore principale nella cura.

La terapia dell' avvenire si può dunque sperare abbia a contare sù due risorse atte a completarsi l' un l' altra: l' operazione e la sieroterapia.

Più difficilmente potrà la terapia del cancro dell' utero avvantaggiarsi di altri metodi curativi pure esperimentati con soddisfacenti risultati nel cancro di altre regioni (radioterapia, fulgurazione, ecc.) giacchè ne è troppo difficile se non impossibile l' applicazione nella profondità dello scavo.

I metodi di lotta applicabili con qualche speranza di successo, mirano dunque per ora essenzialmente a facilitare la cura precoce chirurgica, ed a coadiuvarla coll' uso di un siero opportunamente preparato, Se, come è lecito sperare, la sieroterapia si stabilirà su salde basi, la cura chirurgica verrà relegata in seconda linea.

Poco si può fare, per ora, nel senso di una profilassi del cancro, salvo il rimuovere le condizioni locali che si giudicano, non senza fondamento, come predisponenti allo sviluppo del male (lacerazioni del collo, erosioni, ecc.). Neppure l' ipotesi infettiva non contempla per ora la possibilità di una profilassi, perchè i germi in causa sarebbero assai diffusi alla superficie della pelle e delle mucose degli individui anche sani. In armonia coll' ipotesi infettiva si imporrebbe invece qualche norma speciale profilattica nella esecuzione delle cure chirurgiche, intesa a diminuire la possibilità di trapianti e quindi di riproduzione del male.

DISCUSSIONE

Mangiagalli (Milano) — La dotta relazione del prof. Pestalozza ricca di documenti e di fatti, tratta, da tutti i lati, il vasto ed importante problema e mette in evidenza la terribile diffusione del cancro in tutti i paesi. Noi oggi non abbiamo che un mezzo poco sicuro contro il cancro uterino e della cui efficacia non si può essere molti entusiasti: l' intervento chirurgico, il quale permette però di portare il soccorso dell' arte solamente in un dato numero dei casi osservati. E molte delle donne operate muoiono sìa per l' operazione, sia per la ricomparsa del cancro.

La lotta deve essere duplice: individuale e collettiva.

Già io concludeva al Congresso di Parigi parecchi anni sono, in una mia comunicazione, che le recidive diminuiranno non già aumentando gli interventi, ma migliorando il diagnostico e facendolo più precoce.

In una mia relazione, ho portato i limiti per giudicare della guarigione remota del cancro a quattro, a cinque anni. Ora anche in quasi tutti quei casi che sembravano guariti, il cancro si è più tardi riprodotto. Quando

io feci la mia relazione 87 donne si giudicarono, in base a tali criterî, guarite. Di queste donne oggi due soltanto sono ancora immuni da recidiva.

La nostra lotta deve essere anche collettiva: collettiva cioè non per opera solamente dei medici e dei ginecologi, ma anche con mezzi sociali. Noi dobbiamo, in altre parole, fare una lotta sociale contro il cancro. Sarebbe opportuno quindi che la nostra Società divulgasse norme precise e chiare, che mettessero il medico sulla via di sospettare l' esistenza del neoplasma.

Io son lieto in quest' occasione di annunciare che tale iniziativa è forte anche in Italia come altrove. A Milano fu nominata una commissione che presiedevo, la quale ha deliberato di far sorgere un istituto per la cura dei cancerosi con tre sezioni, la prima ospitaliera, l' altra statistica, la terza per ricerche istopatologiche, batteriologiche e sperimentali. Oltre a questo istituto e accanto ad esso fu nominata una commissione nazionale della quale è presidente il senatore prof. Golgi. Questa commissione è in rapporto col comitato internazionale che ha sede a Berlino.

Di Pace (Brindisi) — Accenna ai resultati di una cura medica (a base di iniezioni di chinino) da lui tentata in quattro casi di cancro inoperabile dell' utero.

Varaldo (Savona) — Approva la iniziativa del prof. Mangiagalli. Nei piccoli centri vorrebbe si affidasse la lotta contro il cancro a dispensarî ginecologici, come la lotta contro le malattie veneree si combatte in dispensarî celtici.

Gussoni (Messina) — Si unisce al plauso dei colleghi per la brillante relazione del prof. Pestalozza e si associa a quanto egli disse sulla necessità della lotta sociale contro il cancro.

Crede che quando il cancro ha invaso le vie linfatiche non sia più da tentarsi la via operatoria e si debba unicamente sperare nei buoni resultati della sieroterapia.

Mette in rilievo le benemerenze del Sanfelice, che al poderoso problema ha dato 12 anni di attivita e 20 lavori: come collega e come italiano augura al Sanfelice un completo successo per il bene dell' umanità e della scienza e propone l' invio al prof. Francesco Sanfelice, di un telegramma di incoraggiamento e di plauso.

Lastaria (Lucera) — Ritiene non si debba mai intervenire nel caso di già molto avanzate infiltrazioni cancerose. La lotta contro il cancro dovrebbe intensificarsi con la fondazione di comitati provinciali, con conferenze popolari sul genere di quelle per la lotta contro la malaria e il tracoma.

Bossi (Genova) — Vuole che la lotta contro il cancro si estenda a tutte quelle lesioni benigne che favoriscono l' insorgenza del cancro, e la cura delle quali è sovente abbandonata, con eccessiva leggerezza, alle levatrici e ai medici non specialisti.

Ricorda di essere stato il primo a mettere in campo, con un ***referendum*** mondiale, la non contagiosità del cancro dell' utero allo scopo di evitare alle infelici donne, colpite dal terribile male, una cattiva assistenza delle famiglie per il pregiudizio radicato del contagio. Vorrebbe quindi diffusa la pratica delle operazioni conservatrici di plastica del collo uterino per rimettere la portio nelle sue condizioni anatomiche normali ed agire quindi

profilatticamente contro le possibili forme maligne che con grande facilità s' innestano su forme benigne ad andamento cronico. Non ebbe mai nelle numerose malate da lui curate in tal modo, ad osservare l' insorgenza di lesioni cancerigne del collo.

Resinelli (Firenze) — Condivide le idee del Bossi sull' opportunità della cura delle lesioni infiammatorie del collo e sopratutto delle lacerazioni cervicali. Egli interviene in quest'ultime con la semplice trachelorrafia. Sarebbe oppor uno che in ogni regione si raccogliessero dati relativi al carcinoma. Su 430 casi di cancro operò il 22 p. °/₀. La percentuale d' operabilità è dunque anche a Firenze bassa. Necessarie sarebbero anche delle ricerche topografiche nei grandi centri sulla diffusione del male, come furono fatte a Parma.

D'Erchia (Bari) — A conferma della teoria blastomicetica del cancro, ricorda di aver coltivato in brodo di placenta già fino dal 1904, quand'era assistente alla Clinica di Genova, dei blastomiceti da lui isolati in due cancri dell' utero.

Pestalozza — Il relatore ringrazia e augura che presto abbia attuazione l' istituto del quale ha parlato il prof. Mangiagalli. Nei casi dove l' intervento è possibile conviene associare alla sieroterapia la cura chirurgica. La lotta è sociale e va merito al Winter di averla diffusa come tale. È partigiano egli pure della trachelorrafia alla Sänger. L' operabilità a Firenze solo del 22 p. °/₀ si ripete anche per altri istituti in Italia.

È ancora ignoto il metodo di coltura usato dal Sanfelice per i blastomiceti.

***

Su proposta del prof. Guzzoni dal presidente è mandato il seguente telegramma al prof. Francesco Sanfelice di Messina:

« La Società italiana di ostetricia e di ginecologia, udita la relazione del prof. Pestalozza sul cancro uterino e la discussione che ne seguì, su proposta del prof. Guzzoni, manda al valoroso collega un vivissimo plauso per le sue geniali ricerche ed augura che queste trovino applicazione nel campo clinico ».

La seconda relazione letta al Congresso si riferisce a:

La Terapia generale della infezione puerperale.

Di essa furono relatori il prof. Giuseppe Resinelli, Direttore dell' Istituto ostetrico-ginecologico di Firenze, e il prof. Florenzo D' Erchia di Bari.

Il prof. Resinelli in base ad una numerosa serie di osservazioni ed agli studi fatti venne alle seguenti conclusioni:

Non si possiedono segni patognomonici per affermare quando una infezione puerperale si è generalizzata: tale diagnosi può es-

sere stabilita solo in base ad un complesso di sintomi clinici e di reperti batteriologici ed ematologici. Sembra che speciale valore si debba attribuire al reperto dello streptococco emolitico nel sangue.

Da siffatta incertezza diagnostica deriva che ai mezzi di terapia medica finora posseduti, si deve domandare anche una azione profilattica contro la generalizzazione del processo infettivo.

Le forme generalizzate della infezione puerperale si raggruppano nei due quadri clinici della pioemia e della setticoemia; tali forme però possono essere determinate da processi infettivi diversi, sia per la natura e sia per la virulenza dei germi. Allorchè si parla di pioemia e di setticoemia si intende una infezione da streptococchi, ma prescindendo dalle forme rare ed accidentali ed anche dalle coli-bacillari, la clinica dimostra che lo stafilococco è capace di determinare infezioni generalizzate non meno gravi delle streptococciche. La distinzione fra batteriemia e tossiemia non permette finora di stabilire uno speciale indirizzo nelle applicazioni terapeutiche.

La diversità e la complessità degli agenti morbigeni, il diverso grado di loro virulenza, la capacità variabile dei poteri difensivi dell'organismo colpito, dànno ragione dei risultati non sempre concordi ottenuti con un determinato mezzo terapeutico e rendono difficile la valutazione della sua efficacia.

Considerati da un punto di vista generale i mezzi che finora possediamo per combattere le infezioni puerperali generalizzate possono distinguersi, in profilattici e curativi propriamente detti.

Ai mezzi profilattici appartengono tutti quelli che riguardano l'assistenza asettica ed antisettica al parto, quelli che riguardano la cura delle infezioni puerperali localizzate e quelli che sono capaci di aumentare le resistenze dell'organismo contro l'innesto e contro l'invasione dei germi infettanti. Se all'alcool è lecito attribuire una certa afficacia sintomatica, non crediamo si possa fondare su di esso un metodo di cura. Un'azione più sicura, ma di relativo valore, si può ottenere dalle ipodermoclisi. L'iperleucocitosi provocata colle iniezioni di nucleinato di soda però tiene il primo posto. Sembra che un'azione benefica si possa avere dall'uso del carbonato di calce.

I mezzi curativi propriamente detti si possono riassumere nella piogenesi asettica artificialmente provocata, nella sieroterapia, nelle iniezioni endovenose e sottocutanee di sostanze battericide ed antitossiche:

a) sebbene la piogenesi artificiale abbia dato in taluni casi risultati meritevoli di considerazione, non crediamo rappresenti un mezzo da diffondersi nella pratica ed in ogni modo da riservarsi a casi speciali, sia per gli inconvenienti della sua applicazione, sia perchè può essere usato solo in casi meno gravi ed a decorso relativamente lenta, sia infine perchè il meccanismo di sua azione, non è ancora ben chiaro, forse potrebbe ottenersi egualmente con un mezzo meno molesto.

b) la sieroterapia non ha finora dato quei felici successi che da essa si attendevano: le opinioni al riguardo sono molto discordi e tale discordanza deve attribuirsi alla diversità delle forme infettive curate, alla mancanza di una diagnosi batteriologica completa, al diverso modo di applicazione del siero, alla incompleta conoscenza che ancora abbiamo dello streptococco e delle condizioni di sua virulenza. Forse in qualche caso di infezione streptococcica il siero antistreptococcico polivalente è capace di spiegare una reale azione specifica antitossica o battericida, ma nella pluralità dei casi tale efficacia specifica non si dimostra, pur dispiegando l' iniezione di siero una benefica azione sulle condizioni generali della ammalata. Diagnosi batteriologiche esatte permetteranno l' uso dello siero antistafilococcico e del siero anticoli-bacillo.

c) le iniezioni endovenose di sublimato corrosivo, le iniezioni endovenose e sottocutanee di collargolo e di elettrargento dispiegano sul processo infettivo un' azione più costante, più evidente e più efficace che non il siero: la loro azione però non ha nessun carattere di specificità e sembra questi farmaci agiscano non come battericidi e come antitossici, ma come esaltanti i poteri difensivi dell' organismo.

Non si possiede finora un mezzo, che sia dotato di azione specifica per spegnere o neutralizzare le infezioni puerperali generalizzate; si possiedono solo dei mezzi capaci di stimolare le attività difensive dell' organismo. Ne consegue che la terapia per ora non può restringersi all' uso di questo o di quel sussidio terapeutico, ma a seconda dei casi dovrà valersi di quell' intervento o di quel farmaco, che dalle condizioni dell' ammalata si giudica più atto a stimolare l' azione protettrice dell' organismo.

L' esame batteriologico del sangue potrà fornire preziosi dati per una terapia razionale.

La mancanza di mezzi sicuramente capaci di guarire una infezione puerperale generalizzata, impone la necessità di una pronta cura dei processi infettivi, quando sono accessibili alla applicazione di un trattamento diretto, ma impone sopratutto una rigorosa profilassi della febbre puerperale con una più severa organizzazione dell' assistenza ostetrica e colla instancabile diffusione delle norme che meglio valgono a tutelare la vita e la salute della donna che diventa madre.

Alla lettura dello studio del prof. Resinelli, che raccolse il plauso del Congresso, seguì quella della relazione del prof. Florenzo D'Erchia sul medesimo argomento. Queste sono le conclusioni:

La terapia generale dell' infezione puerperale può essere messa in pratica con una cura semplicemente aspettante, coadiuvata da quella sintomatica, con la cura etiologica o sieroterapica, o con una cura medicamentosa.

Le dette cure possono essere indicate nelle infezioni locali con tossiemie più o meno gravi, nelle infezioni locali con tossiemia e batteriemia insieme, e nelle batteriemie e tossiemie senza localizzazioni.

Trattandosi di infezioni locali con tossiemia, allora oltre alle cure topiche in uso, si praticheranno quelle generali, negli altri casi si useranno queste ultime a preferenza.

In tutti i modi i principî direttivi per porre in pratica le cure locali e quelle generali saranno ricercati nel meccanismo col quale può effettuarsi la guarigione spontanea di una infezione puerperale.

Così trattandosi di curare forme localizzate all' inizio del loro sviluppo, si terrà presente che la reazione di difesa organica a mezzo dei fenomeni ematogeni (richiamo di leucociti o di siero battericida), resa più intensa e completa dai fenomeni istogeni (formazione di poliblasti; e messa in libertà dagli elementi necrosati di nucleo-proteidi con potere chemiotattico positivo), non venga disturbata nella sua normale estrinsecazione con cure locali molto brusche ed energiche. Anzi le sostanze che si useranno per causticare le ulceri settiche puerperali, devono essere preparate in soluzione tenue, perchè oltre che distruggere i germi *in situ*, potranno provocare un chemiotassi positiva sui leucociti, tanto efficace per l' effettuarsi di un' attiva fagocitosi.

Trattandosi poi di forme tossiche generali (di origine difterica e tetanica) bisogna cercare di porre l' organismo in condizioni favorevoli per la formazione dell' antitossina specifica, o meglio ancora aumentare le quantità di queste antitossine specifiche a mezzo dei noti sieri antidifterico e antitetanico: siero antitetanico, che in molti casi può essere sostituito dall' uso dell' acido fenico ad alte dosi, che agisce come un antitossico.

Nelle forme settiche generalizzate da piogeni, infine, bisogna favorire la reazione umorale, perchè nel sangue possano passare quelle date quantità di complementi e di ambocettori, adatte a provocare un' azione battericida, col noto meccanismo della fissazione dell' ambocettore sul microorganismo e dell' azione dissolutiva del complemento sul microorganismo stesso.

Bisogna poi favorire la reazione cellulare per ottenere una iperleucocitosi, onde avere un'attiva fagocitosi. Fagocitosi, la quale a sua volta sarà favorita dalla produzione abbondante di opsonine, e dall' azione chemiotattica positiva, che i prodotti batterici eserciteranno sui leucociti.

Favorendo così la detta reazione umorale e quella cellulare con cure igieniche e dietetiche adatte, potremo ottenere, in qualche caso anche la guarigione spontanea di una infezione generalizzata da batteri endotossici, come sono i piogeni, il colibacillo, il gonococco, ecc.

Quando poi l' organismo della infetta si mostra incapace per questa duplice reazione, allora si può ricorrere all' uso dei sieri battericidi, all' uso del sublimato, del mercurio colloidale elettrico, o della lunga serie dei metalli colloidali.

Decidersi per l' uso di questi sieri e medicamenti e scegliere il momento opportuno per usarli, rappresentano i punti più discussi nella terapia generale dell' infezione puerperale. E le ragioni di questi dissensi fra gli ostetrici sarebbero riposte più che altro sul fatto, che sino ad oggi non siamo ancora riusciti a svelare con esami adatti, ed in modo completo, tutte le deviazioni dalla norma dei due suddetti processi reattivi battericidi, umorale l' uno e cellulare l' altro, ed a riparare, convenientemente, le deviazioni dei detti processi reattivi naturali. Così al giorno d' oggi non siamo ancora in grado di potere svelare con esami facili e spediti la diminuzione dei complementi e degli ambocettori da una parte, mentre dall' altra non possediamo ancora dei sieri composti da volute quantità di complementi e di ambocettori normali o specifici, per correggere adeguatamente le oscillazioni di questi due elementi normali del siero di sangue, elementi tanto necessari per ottenere la distruzione dei germi infettivi circolanti.

Di solito i sieri battericidi che sono in commercio (le diverse preparazioni di siero antistreptococcico) abbondano in ambocettori ed hanno scarsi od assenti i complementi, per dippiù anche facilmente deviabili.

Le proprietà opsoniche del siero di sangue, invece, possono essere rilevate in ogni organismo e possono essere anche valutate con cifre secondo il metodo di Wright, tanto che rilevando ad esempio, un indice opsonico basso, si potrebbe sollevarlo con sieri opsonizzanti, o con sostanze opsonigene, qual' è il sublimato inoculato nelle vene. Il metodo Wright però è complesso e difficile, e potrebbe trovare difficoltà a diffondersi nella pr tica.

L' iperleucocitosi al contrario, può essere seguita più facilmente nelle sue oscillazioni e provocata all'uopo con diversi mezzi, quali l' adatta alimentazione. l' uso dell' alcool, i bagni freddi, gli impacchi freddi col lenzuolo, l' ipodermoclisi, l' uso dell' acido nucleinico, del collargolo o di altre sostanze. Voler infine svelare se i prodotti di quella specie batterica, che ha provocato quella data forma d' infezione puerperale, possano determinare fatti di chemiotassi positiva o negativa è cosa che fin' ora non può essere valutata con sicurezza e facilità.

In tutti i modi, da quello fin' ora detto, appar chiaro che (lasciando da parte le infezioni da batteri esotossici con i loro sieri antitossici specifici), molto cammino dobbiamo ancora fare per arrivare a curare razionalmente un' infezione puerperale da batteri endotossici con i loro sieri, non ancora ben rispondenti nella loro composizione alle esigenze dell' organismo infetto.

E venendo alle cure sieroterapiche e medicamentose come le usiamo comunemente al giorno d' oggi, possiamo dire in linea generale, che non è affatto indifferente intraprendere le suddette cure in un momento qualsiasi dell' evoluzione dell' infezione puerperale.

Anche un siero d' indiscussa efficacia come, ad esempio, quello antidifterico di Behring, può riuscire inefficace se viene adoperato

troppo tardivamente, anche se si tratta di infezione difterica pura, senza associazione dello streptococco o di altri germi.

Lo stesso poi dicasi, ed a più forte ragione, dei sieri antistreptococcici, i quali possono avere azione curativa nei casi di batteriemia all' inizio dello sviluppo, con pochi germi in circolo. Anzi per questi sieri è degno di rilievo che essi, usati nei casi di batteriemie gravi, quando l' organismo non è più in grado di reagire e di formare quella quantità di complementi necessari, perchè gli ambocettori dei sieri possano agire, questi sieri, (specie se inoculati direttamente nel sangue), possono rimanere inerti, e come sieri eterogenei aggravare lo stato dell' inferma, accelerando anche l' esito infausto.

Non diversamente poi vanno le cose per l' uso del sublimato inoculato nelle vene. Anche il sublimato tanto efficace a dosi refratte, ed a rene integro, deve essere usato a tempo debito, perchè possa esercitare la sua benevola influenza col risvegliare nell' organismo infetto tutte quelle forze autodifensive contro l' infezione, specie rialzando l' indice opsonico e rendendo così fagocitabili i microorganismi sia nelle semplici infezioni locali, sia in quelle generali, all' inizio del loro sviluppo o con pochi germi in circolo. Azione del sublimato, che si ottiene più rapidamente e più efficacemente sciogliendo o sospendendo il farmaco nel siero del cavallo.

Allorquando poi il sublimato viene usato nei casi gravi con molti microorganismi in circolo e con lesioni viscerali profonde, esso non solo è inefficace per la mancanza di reazione organica, ma può nelle dosi anche non tossiche di 2 a 4 mmgr. pro die, aggravare le già esistenti degenerazioni torbida e grassa degli organi parenchimatosi, e, al pari dei sieri, rendersi dannoso per l' inferma.

A sopperire però questa deficienza dei nostri mezzi curativi nei casi gravissimi, abbiamo fortunatamente a nostra disposizione i fermenti metallici, che non si mostrano gravemente nocivi se anche usati ad alte dosi. Questi fermenti esplicano un' azione battericida o almeno attenuano la virulenza dei germi infettivi, determinano un' attiva iperleucocitosi e servono essenzialmente a neutralizzare le tossine a mezzo di vere e proprie ossidazioni, specie poi se vengono introdotti nell' organismo umano in soluzioni di siero fisiologico di cavallo. Essi però purtroppo restano inattivi o quasi in quei casi di setticemia e pioemia conclamate, con moltissimi germi in circolo, e con profonde lesioni degli organi viscerali, specie del rene, del polmone e del cuore.

Da tutto quello fin qui detto appare chiaro che nella terapia dell' infezione puerperale, facendo astrazione dai casi di guarigione spontanea, bisogna essere pronti e vigili ad intervenire con le ben note cure locali e generali, onde porre in opera, più che altro, una cura profilattica delle gravi forme di setticemia e pioemia. Che se queste sono già in via di sviluppo, e hanno soprafatto l' organismo con profonde alterazioni degli organi viscerali, da

metterlo in tali condizioni da non poter più reagire, diventano allora delle forme infettive addirittura incurabili.

DISCUSSIONE

Truzzi (Padova) - Espone i criteri che lo hanno guidato a sperimentare nella sua Clinica il cloruro di calce alla dose di 4 o 5 grammi al giorno nelle forme infettive puerperali, pur non tralasciando gli altri comuni metodi di cura. Ebbe i migliori risultati da questo trattamento nelle forme pioemiche. Attribuisce l' efficacia del cloruro di calce alla proprietà sua di aumentare la coagulabilità del sangue, donde la maggior resistenza dei coaguli; ciò che rende molto più difficile il distacco di emboli e le metastasi micotiche. Oltre questa proprietà il cloruro di calcio agisce ottimamente quale eccitante del cuore e del sistema nervoso.

Mirto (Milano) - L'O., considerato che poco si conosce ancora sui streptococchi e sulla loro biologia, nella possibilità che l' organismo della gravida, possa eventualmente costituire un terreno di cultura più adatto allo sviluppo di alcune supposte varietà, ha preparato un siero con streptococchi isolati dal sangue di puerpere infette.

Ha usato questo siero in tre casi dell' Istituto di Milano e ha ottenuto in due casi, un risultato abbastanza incoraggiante; si è dimostrato inoltre innocuo. Consiglia di provarlo nelle infezioni generalizzate, dalle quali si sia isolato lo streptococco dal sangue, per partire così da un dato sicuro, onde stabilire se influenza o no favorevolmente il decorso della infezione streptococcica. Il siero così preparato si offre dall' Istituto di Milano gratuitamente ai colleghi che volessero sperimentarlo nelle forme puerperali pure da streptococco.

Gioelli (Genova) - Ha osservato nella sua pratica ostetrica che l' infezione puerperale si presenta più frequentemente nei grandi centri e ne attribuisce la ragione ai maggiori disagi, che la vita delle grandi città impone alle donne e alle condizioni igieniche dell' ambiente.

Ritiene la proprietà emolitica non essere caratteristica dello streptococco puerperale. Anch' egli ebbe ottimi risultati dall' uso per l'esame culturale di grandi quantità di sangue. Ritiene utile nell' infezione puerperale le iniezioni di sublimato corrosivo a dosi alte e continuate, in modo che una grande quantità di mercurio venga ad agire simultaneamente, tenendo però conto delle comuni contro-indicazioni.

Artom (Roma) - Ha trattato cinque casi d' infezione puerperale colla vaccinazione antistreptococcica, servendosi quale indice per rapporto alla natura dell' infezione del potere opsonico del siero per lo streptococco. Potere opsonico che consiglia di ricercare quale ottimo mezzo per giudicare della natura etiologica e della gravità di una forma infettiva puerperale. Dei cinque casi trattati con questa cura tre vennero a guarigione. Questi risultati lusinghieri gli sono di incoraggiamento a continuare in questo genere di cura.

Clivio (Pavia) - Si compiace della elevata discussione destata dal tema: la terapia generale dell' infezione puerperale, che egli contribuì a

far votare come tema di relazione. Spera che i due nuovi metodi di cura proposti possano giovare efficacemente contro il terribile morbo.

Pinzani (Pisa) - Si dimostra caldo fautore della energica cura locale a fine di impedire la generalizzazione dell' infezione. In 102 casi in cui praticò la cura locale a mezzo di cauterizzazioni con tintura di iodio del canale vaginale, ivi fatta circolare con sistema a doppia corrente, riuscì sempre ad evitare la morte e la diffusione del processo (ebbe solo tre parametriti). Quanto alla cura colla segala cornuta della quale ha parlato il prof. Resinelli egli può dire che da sue antiche esperienze risulta, come la segala cornuta agisca generalizzando qu lche volta delle forme localizzate.

Raineri (Vercelli) - Vorrebbe che si preferisse all'acido nucleinico allo scopo di produrre una ipelerucocitosi, la fibrolisina: preparato, che avrebbe il vantaggio di potersi usare in dosi minori dell' acido nucleinico, di essere meno doloroso per via sottocutanea e di determinare un iperleucocitosi costante.

Ferroni (Parma) - Si dichiara fautore della ricerca batteriologica e dell' indice opsonico del siero per accertare la natura dell' infezione. Non condivide l' ottimismo del prof. Resinelli, circa l' utile azione della segala cornuta. Fa rilevare i risultati molto dubbi ottenuti colla cura per mezzo dei vari sieri e del sublimato corrosivo.

Nutre maggior fiducia nella cura a mezzo del collargolo e del zimargolo, dando però la preferenza al collargolo per la costanza dei resultati.

Namias (Mantova) - Dice di aver ottenuto buoni risultati nelle forme infettive localizzate all' endometrio, dalle causticazioni della cavità uterina a mezzo di una soluzione di tintura di iodio e guaiacolo assoluto a parti eguali.

Mangiagalli (Milano) - Pur dimostrandosi scettico per ogni genere di cura nella infezione puerperale, dà la preferenza ai sali d' argento. Ottenne pure risultati incoraggianti dall' uso dell' antipirina somministrata alla dose di due grammi al giorno, associata a cardiocinetici. Da una statistica eseguita nell' Istituto di Milano e non ancora compiuta, risulta già evidente che non ostante tutti i nuovi metodi di cura, la percentuale di mortalità per infezione puerperale in questi ultimi anni non accenna a diminuire. Che inoltre, come ha fatto appunto rilevare il prof. Resinelli, la mortalità da infezione pueperale è del 22 °/₀ per i casi provenienti dall' esterno e solo del 6 °/₀ per i casi manifestantisi in clinica; e ciò a causa del pronto intervento curativo. Più di qualunque metodo di cura ha dunque importanza rispetto all' esito della cura il momento dell' intervento che deve essere il più precoce possibile: dovrebbesi adunque modificare il regolamento ostetrico, che obbliga la levatrice a chiamare il medico solo allorchè la puerpera presenta una temperatura ascellare di 38°.

Fa rilevare come la sieroterapia, oltre ad essere molto discutibile nei risultati, non si debba sempre considerare innocua, giacchè sono ancora registrati nella letteratura casi della cosidetta malattia da siero.

Sebbene sia stata riscontrata frequente la presenza degli streptococci nei locni di donne sane, non si ritiene autorizzato da ciò a consigliare pratiche di disinfezione antisettica dell' apparecchio genitale, cui si tenderebbe oggi di tornare dopo le osservazioni di Zweifel, poichè affidate a

mani poco esperte quali quelle della levatrice, potrebbero condurre a gravi nconvenienti.

Pestalozza (Roma) - Condivide lo scetticismo del prof. Mangiagalli snll' efficacia dei moderni metodi di cura dell' infezione puerperale generalizzata. Ha riscontrato anch' egli una più elevata mortalità nelle forme infettive provenienti dall'esterno, che non in quelle avveratesi nelle cliniche. Nota le disastrose conseguenze delle estrazioni manuali di placenta. Due casi di infezione seguiti da morte nella sua clinica, si sono appunto avverati in donne, nelle quali erano state fatte manovre di secondamento artificiale.

Vorrebbe perciò che si limitassero grandemente tali interventi manuali.

Bertino (Firenze) - Ha riscontrato anch' egli che le forme infettive puerperali più gravi seguono ad interventi endouterini. Su 2000 parti spontanei osservati nella Clinica di Firenze in parte trattati colla rimozione di coaguli, in parte colle lavande interne non si ebbe alcun caso d' infezione finito colla morte.

Arpini (Genova) - Vorrebbe modificato il regolamento ostetrico che riguarda il comportamento della levatrice in caso di infezione puerperale, dalla considerazione che essa, pel timore d' una sospensione dal libero esercizio della sua arte, s' indugia a chiamare il medico e tenta frattanto sue speciali cure.

Pinzani (Pisa) - Fra le varie cure delle infezioni puerperali localizzate raccomanda pure le irrigazioni endouterine a doppia corrente con soluzioni idroalcooliche al 50 °/₀, che gli dettero buoni resultati.

Carli (Genova) - Ricorda come nella Clinica di Genova si ebbe lo scorso anno un caso di infezione puerperale da bacillo piogeno capsulato seguito da guarigione.

Guzzoni (Messina) - Anch' egli ha osservato come facciano seguito con facilità al secondamento artificiale forme infettive puerperali gravi. La sieroterapia non gli ha corrisposto. Raccomanda a chi fa uso dei guanti nell' assistenza ostetrica di sterilizzarsi accuratamente le mani, onde nel caso che i guanti si rompano, non abbiano a succedere tristi conseguenze.

Bossi (Genova) - La utilità delle iniezioni di sublimato corrosivo a piccole dosi, potrebbe esser anche messa in rapporto per un qualche poco all' azione che esercita il sublimato a piccole dosi sul sangue, elevandone il quantitativo di emoglobina, come fu dimostrato molti anni fa da sue ricerche condotte nel laboratorio del prof. Bizzozero.

L' infezione puerperale a domicilio è ancora troppo frequente, anche in parte perchè i medici e le levatrici talora applicano le pure norme dell' asepsi nell' assistenza al parto: asepsi che se può essere praticata negli stabilimenti ospitalieri, non può essere coscienziosamente applicata a domicilio della povera gente. Occorre quindi insegnare alla levatrice di praticare a domicilio una antisepsi ottima e razionale, e non già a base di acido borico, come tuttora si legge nel regolamento ostetrico. Triste stato di cose, su cui più volte e da tempo richiamò l' attenzione dei colleghi e delle autorità senza alcun resultato. Ancora una volta ne reclama quindi un razionale rifacimento.

Rispondono in modo esauriente alle varie obbiezioni i due relatori proff. Resinelli e D' Erchia.

COMUNICAZIONI INDIVIDUALI

LETTE E DISCUSSE ALLE SEDUTE DEL CONGRESSO

F. Mirto (Milano) - *Ulteriori risultati ottenuti con un siero antiplacentare.*

L' O. senza venire a conclusioni definitive, porta, ai casi pubblicati al Congresso di Milano del 1906, un nuovo contributo di 6 casi di donne con pelvi viziate, sane, nelle quali, per l' interruzione della gravidanza all' epoca voluta dalla viziatura pelvica, ha usato, con buoni risultati, ed iniettandolo intramuscolarmente nella regione glutea, un siero ricavato da un asino immunizzato per placenta umana.

DISCUSSIONE

Pestalozza (Roma) - Riconosce l' importanza del lavoro del prof. Mirto e chiede se il tempo trascorso da una all' altra iniezione di siero, avvicinandosi l' epoca del parto, non potesse avere influenza sull' eccitazione uterina.

Ferroni (Parma) - Domanda se il Mirto ha seguito il decorso postpartum e l' esito definitivo riguardo ai feti.

Resinelli (Firenze) - Chiede se il Mirto ha potuto escludere si trattasse di fenomeni d'intossicazione o che in realtà il suo siero avesse azione specifica.

Mirto risponde al prof. Pestalozza che siccome in ogni donna il programma era prima nettamente stabilito, e si iniziavano le iniezioni sempre prima dell' epoca nella quale desiderava avvenisse il parto. I pesi dei feti che oscillano tra 2600 e 2800 gr. indicano infatti che le gravidanze non erano a termine

Al prof. Ferroni dice, che nelle donne ha preso nota del polso, della temperatura, della pressione arteriosa e delle urine, senza nulla riscontrarvi di anormale. I feti sono nati sempre vivi tranne due in macerazione, dei quali la morte endo-uterina era però già stata diagnosticata.

Al prof. Resinelli risponde che, siccome le contrazioni uterine insorgevano dopo pochi centimetri cubici di siero, e non furono gran che modificate quando, in un caso, l' iniezione fu spinta a 55 cc., e non avendo osservato albumina nelle urine nè altri segni che indicassero fenomeni di intossicazione, pensa si debba piuttosto presumere un' azione specifica del siero iniettato.

G. CARLI (Genova). — *Ricerche sul sangue in donne amenorroiche. — Tossicità e potere battericida del siero.*

1° In ogni donna affetta da iperinvoluzione uterina esiste un' alterazione più o meno marcata della crasi sanguigna.

2° Questa alterazione è direttamente proporzionale alla gravità del caso: spiccatissima nei casi gravi (cavità uterina al di sotto di 5 cm., amenorrea assoluta o quasi, fenomeni generali importanti), meno accentuata nei casi meno gravi (cavità uterina maggiore di 5 cm., esistenza di mestruazioni per quanto talora scarsissime, fenomeni generali meno spiccati).

3° Essa nei casi in cui è possibile una cura (cavità non minore di 5 cm.) migliora col migliorare dei fatti locali e dei fatti generali.

4° Questa alterazione consiste:

a) in una diminuzione degli eritrociti; il numero di essi si può abbassare fino ad averne solo 2.000.000 per mmc.;

b) in una tendenza dei globuli rossi ad unirsi in ammassi, anzichè a rotoli;

c) in una leggera poichilocitosi;

d) in una diminuzione dei leucociti mononucleati a vantaggio dei polinucleati;

e) in una diminuzione dell' emoglobina;

f) in una diminuzione notevole della resistenza globulare minima; la media resta invariata;

g) in una capacità alterante molto marcata del siero sui globuli rossi dell' inferma e su quelli di donna normale (i globuli rossi dell' inferma risentono, a confronto dei globuli sani, di più questa azione tossica);

h) in un aumento del tempo necessario alla coagulazione del sangue;

i) in una diminuzione del peso specifico;

l) in una diminuzione, nel maggior numero dei casi, della alcalescenza.

5° Questi fatti sono quasi sempre costantemente in relazione fra loro anche nella riparazione.

Riguardo alla tossicità del siero di sangue, i resultati furono disparati e contraddittori tanto da non permettere alcuna conclusione.

Il potere battericida del siero nelle donne affette da iperinvoluzione uterina è di molto diminuito; il siero va acquistando il potere battericida normale con la guarigione del processo.

Le stesse ricerche, eseguite in tre donne alle quali la mestruazione mancava completamente, a tre isterectomizzate, diedero i seguenti risultati:

1° La crasi sanguigna è molto alterata (le alterazioni sono come quelle riscontrate nei casi di iperinvoluzione).

2° Le condizioni del sangue vanno lentamente migliorando,

più che ci allontaniamo dall' epoca dell' operazione senza però mai raggiungere le condizioni normali come si riscontrano nei casi d' iperinvoluzione guariti.

3° Il potere emolitico va sensibilmente scomparendo, mentre il potere batteriolitico permane invariato.

DISCUSSIONE

Pinzani (Pisa) chiede se il Dott. Carli ha ricercato la tossicità del siero con estratti.

Carli risponde che non ha fatto detta ricerca, perchè da quanto risulta da lavori precedenti non si è nemmeno con detti estratti giunti a conclusioni probative.

M. BOLAFFIO (Roma). — *La flora peritoneale nelle " laparotomie asettiche ,,.*

L'esame bacteriologico del peritoneo durante una laparotomia rivela costantemente, qualunque siano le precauzioni asettiche prese, la presenza di germi.

La determinazione di questi, fatta in confronto con quella dei germi degli strati profondi della cute addominale, delle mani degli operatori (ove si operi senza guanti) e dell' aria, dimostra essere precipua sorgente le mani degli operatori, in seconda linea venir la cute addominale, in terza l' aria.

L'azione bactericida del peritoneo sembra essere molto diversa per i diversi germi.

A. BIASOTTI (Genova). — *Dell'influenza dell'estratto di ghiandole surrenali sull'acceleramento dell'ossificazione dello scheletro.*

In base alle esperienze fatte ritengo che, nel metabolismo organico, le ghiandole surrenali agiscano favorendo il deposito di sali calcarei nello scheletro, e che l' estratto di esse ne accelera il processo di ossificazione.

DISCUSSIONE

Raineri (Vercelli) - Accenna a fatti da lui riscontrati che confermano il concetto che le capsule surrenali abbiano un'azione sul processo di ossificazione dello scheletro.

Zanfrognini (Modena) - Fa rilevare di non credere che l' influenza sui processi di ossificazione sia specifica delle capsule surrenali, poichè da studi di altri autori sembrerebbe che tale azione abbiano anche diverse ghiandole a secrezione interna. Consiglia ad ogni modo di ripetere le esperienze anche con estratti di altre ghiandole endocrine per poter arrivare a conclusioni più positive.

Biasotti risponde di essere lieto della conferma fatta ai suoi studi dal prof. Raineri, e che conoscendo le esperienze fatte con estratti di altre ghiandole si riserva di continuare le indagini. Fa però osservare che le esperienze fatte da lui sono positive.

S. SERAFINI (Torino) — *Salpingo-ovariti ed organo-terapia capsulare.*

1. Nella cura delle salpingo-ovariti, occorre essere eclettici; essere medici e chirurgi all' occasione, ma più medici che chirurgi: ed in ogni caso il trattamento medico deve sempre precedere quello chirurgico.

2. Dati i rapporti embriologici tra capsule surrenali ed apparato genitale interno, sebbene il caso clinico descritto non possa autorizzare a ritenere specifica per le affezioni salpingo ovariche la cura adrenalinica, sembrami poter concludere, che questa dovrebbe essere sempre tentata insieme a quella comune antiflogistica sin quì usata, che si dimostra spesso insufficiente.

A. ZANFROGNINI (Modena) - *Nuove indicazioni all' uso dei preparati surrenali in Ginecologia.*

Partendo dal fatto dimostrato che l' azione utile degli estratti capsulari è tutta dovuta al principio attivo della sostanza midollare, l'A. si è valso quasi esclusivamente nelle proprie osservazioni della paraganglina Vassale e dell' adrenalina Parke Dayis; la prima per uso interno alla dose di 60-100 gocce pro die, la seconda per iniezione alla dose di 1|2-1 mmgr. al giorno. Gli inconvenienti immediati o remoti che da taluni si addebitano a questi preparati, non sussistono se le dosi vengono mantenute entro questi limiti; e nemmeno si osservano effetti dannosi sull' andamento della gravidanza e nella vitalità del feto.

L' A. ha esperito il trattamento surrenale contro i vomiti mucosi e alimentari, delle gravide, con notevole successo e lo ha trovato utilissimo contro la tosse e gli accessi dispnoici d' origine gravidica. Anche l' atonia vescicale delle puerpere può essere vinta con la somministrazione *per os* di paraganglina.

Negli attacchi asmatici d' origine riflessa utero-ovarica, nei disturbi vasomotorî che complicano la gravidanza, l' effetto del trattamento surrenale è spesso sorprendente.

E' probabile che l' azione dei prodotti surrenali si esplichi direttamente sul ricambio generale. Ma, anche volendo spiegare i loro benefici effetti con la dimostrata azione miostenizzante del principio midollare sulla fibra liscia, si può pensare che lo stato di elasticità in cui viene ricondotto e mantenuto l' intero apparato vascolare, influenza i processi di nutrizione della cellula e migliora così le funzioni degli organi di relazione.

DISCUSSIONE

Resinelli (Firenze) - Avendo il relatore ben precisati i termini della somministrazione dei prodotti surrenali, egli pensa che se ne possa con maggior sicurezza tentare una larga applicazione. Domanda all' O. se egli abbia osservazioni personali sulla loro influenza nella menopausa postoperativa.

la origine delle formazioni epiteliali, tutte provenienti dall' epitelio germinativo. Esso originariamente, quale differenziazione dell'epitelio del celoma, costituisce l'eminenza genitale, o primo abbozzo della ghiandola sessuale, ed in esso devesi ricercare la origine delle neoformazioni epiteliali dell'ovaio.

Dal punto di vista terapeutico, l'operazione deve essere sempre tentata: nei casi in cui l'estirpazione intiera è possibile, bisognerà sistematicamente esportare l' utero e gli annessi dal lato opposto; nei casi di cancro diffuso con ascite, la laparatomia sarà seguita da drenaggio, determinando nelle inferme un reale beneficio.

Siccome spesso gli epiteliomi ovarici s' iniziano allo stato di adenomi, molto più benigni e ben limitati, dev' essere preconcetto intervenire in ogni tumore ovarico, quantunque piccolo, specialmente se fu possibile stabilirne lo stato solido.

N. G. DE PACE (Brindisi). — *Nuovo contributo alla casuistica della sifilide uterina.*

L'O. ritorna brevemente su di un caso comunicato al Congresso di Milano e cita gli ultimi casi pubblicati dai diversi autori.

Espone la storia di una ammalata affetta per circa un anno da metrorragie gravissime e guarita colla cura antisifilitica. Fa voti perchè la società si interessi dell'importante argomento.

DISCUSSIONE

Burlando (Genova) - Ha osservato due casi molto simili a quelli descritti dal collega De Pace. Egli sottopose pure con vantaggio le sue malate alla cura antisifilitica.

Resinelli (Firenze) Chiede al Dott. De Pace se la diagnosi di sifilide fu controllata con la ricerca dello spirocheta. Trattavasi, si domanda, in verità di forme sifilitiche o parasifilitiche?

Mangiagalli (Milano). Riconoscendo che nessuno può contestare l' influenza grande che la sifilide può avere sull'utero, dice che la espressione di sifilide uterina è troppo lata e non permette la distinzione tra le forme cervicali e quelle del corpo.

Bonardi (Milano) - Ricorda l' importanza della cura, in tali casi, coll'joduro di potassio.

Bossi (Genova). Fa osservare come fin dal 1902 si vada occupando dell' argomento oggi in discussione. Quando si presentano casi di metrorragie ribelli ad ogni cura, noi dobbiamo sempre pensare alla possibilità della sifilide. Così nel campo ginecologico ricorda un caso in cui si avevano forti metrorragie da un utero piccolo con collo amputato, ribelli a parecchi raschiamenti. Dette metrorragie cessarono soltanto con un trattamento antisifilitico. Prima di fare una isterectomia per una indicazione dubbia, si tenti sempre la cura mercuriale.

De Pace ringrazia del favore col quale fu accolta la sua comunicazione. Farà la ricerca della spirocheta. Egli riconosce col dottor Bonardi l'influenza dell'joduro di potassio sulla condizione anatomica speciale in cui trovansi i vasi uterini. Conferma di conoscere le importanti questioni sollevate dai lavori del prof. Bossi.

S. Rebaudi (Genova) — *La viscosità del sangue durante la gravidanza, il travaglio di parto, il puerperio ed i catameni.*

Dalla larga esperimentazione condotta a mezzo del viscosimetro di Hess sul sangue in toto di numerose donne durante la gravidanza, il parto, il puerperio normale e patologico, nonchè durante i catameni, facendo anche seguire esami di paragone nei feti all'atto della nascita, l' O. ha potuto venire alle conclusioni seguenti:

1° La viscosità del sangue in toto durante la gravidanza, è inferiore alla media raggiunta dal sangue delle donne in condizioni normali extragravidiche. La diminuzione è più sentita durante la seconda metà della gravidanza, e specialmente negli ultimi mesi.

E' più evidente nelle pluripare che nelle primipare.

2° La viscosità del sangue aumenta nel soprapparto e tocca valori massimi all'atto dell'espulsione del feto. Valori più elevati si raggiungono nei travagli esplicantisi a mezzo d'un energico lavorio muscolare: quindi più nelle primipare che nelle pluripare.

Incominciano a diminuire i valori di viscosità dopo l'espulsione del feto e poi dopo la fuoruscita della placenta per decrescere, fino a toccare un « minimum », entro le 8-14 ore del parto.

Il sangue fetale ha una viscosità superiore a quella della madre. I feti asfittici posseggono un sangue più viscoso dei normali.

3° Nelle due o tre prime giornate di puerperio la viscosità sale a raggiungere valori sempre minori però della norma e rapportabili alle medie ottenute durante i primi mesi di gravidanza: valori che si mantengono, a pressochè costante comportamento, nelle rimanenti 12-15 giornate di puerperio.

Nelle donne che non allattano, il ritorno alla norma si fa entro le prime 15-20 giornate di puerperio; nelle donne che allattano, il ripristinarsi delle condizioni normali avviene con maggior lentezza.

4° Nelle donne albuminuriche la viscosità del sangue in toto presenta valori inferiori a quelli che si hanno nelle gravide normali.

Durante lo stato eclampsico, la viscosità del sangue in toto aumenta. Questo aumento, è più sensibile durante l'accesso convulsivo che non durante il periodo di coma.

5° Durante il catamenio la viscosità del sangue va incontro alle modificazioni seguenti:

a) aumenta negli ultimi giorni del periodo premestruo;

b) si abbassa nei due primi giorni del periodo di flusso sanguigno per poi aumentare di bel nuovo nei giorni residui;

c) colla cessazione del flusso sanguigno, scendono i valori di viscosità e ritornano in pochi giorni alla media normale, quale appunto si osserva nel periodo intermestruo.

DISCUSSIONE

Bertino (Firenze) Domanda se l'O. ha, contemporaneamente alla ricerca

della viscosità, condotto esami per la numerazione dei globuli del sangue, giacchè questi influiscono notevolmente sui valori di viscosità del sangue in toto.

Ferroni (Parma) Fa rilevare come utilissimo sarebbe che queste ricerche fisico-chimiche a carico del liquido sanguigno non fossero isolate, ma riunite tutte e complete per i varii valori, onde poterne trarre utili confronti. Resultati più costanti si avrebbero esperimentando sul siero di sangue piuttosto che sul sangue in toto.

Importante riesce, sopratutto dal lato medico-legale, il dato rilevato dall'O. che i feti asfittici possiedono un sangue più viscoso dei normali.

Rebaudi risponde al prof. Bertino che nei singoli casi in cui esperimentò la viscosità, non condusse la conta dei globuli; del resto esistono numerosi lavori al riguardo, egli stesso vi ha contribuito; da questi possono trarsi utili dati per la interpretazione dei valori di viscosità del sangue in toto, sui quali ben sa quale importanza esercitino gli elementi corpuscolati sanguigni.

Concorda perfettamente col prof. Ferroni nel riconoscere l'utilità che può avere un lavoro completo intorno ai lavori fisico-chimici del liquido sanguigno; assente pure per rapporto ad una maggior costanza di resultati che si avrebbero esperimentando sui sieri; però ritiene pur sempre utilissima ed indispensabile la ricerca sistematica della viscosità del sangue in toto durante l'intero stato puerperale, condotta coll'apparecchio di Hess, giacchè in tal modo si riescono ad avere reperti che invano si tenterebbe ottenere coi sieri.

La semplicità e rapidità del metodo permette un grande numero di esami che sarebbe impossibile raggiungere dovendo esperimentare su di una certa quantità di siero: vitali problemi di emodinamica sono in tal modo delucidati.

Del resto uno studio completo sui valori fisico-chimici del siero di sangue durante l'intero stato puerperale normale e patologico, in donne affette da amenorrea e da utero atrofico, in donne isterectomizzate, ed in donne affette da fibromiomi uterini, ha già da tempo in corso e va man mano completando.

Ritiene che la maggior viscosità del sangue in toto in feti asfittici, sia da ricercarsi nel contenuto maggiore in acido carbonico, il quale, come resulta dagli studi di Ferrai, agirebbe innalzando il potere di viscosità del sangue defibrinato.

M. Bolaffio (Roma). — *Sul potere opsonico del siero di sangue e dell'urina dei neonati, del liquido amniotico e del latte.*

Il potere opsonico del siero di sangue di feti a termine e nei due ultimi mesi di vita intrauterina, è cospicuo: quasi uguale a quello del sangue materno per alcuni giorni, uguale a circa due terzi di questo per altri.

Il potere opsonico del liquido amniotico è basso, oscillante fra un ottavo e un terzo di quello del sangue d'adulto. Analogo è il comportamento dell'urina dei neonati.

Il potere opsonico del siero di latte di donna è nullo.

Da tali risultati viene avvalorata l'ipotesi di una identità delle opsonine coi complementi.

Il fatto che, abbassato artificialmente in varie gravide il potere opsonico del sangue materno, si abbassa adeguatamente quello del sangue fetale, dà fondamento all'ipotesi dell'esistenza di scambi opsonici materno-fetali.

P. GIOELLI (Genova) - *Ricerche batteriologiche-cliniche nelle infezioni puerperali.*

Da uno studio di 33 casi tra leggieri e gravi l'A. viene alle seguenti conclusioni:

1. L'infezione puerperale è favorita da precedenti stati morbosi del canale genitale nella gravidanza: leucorrea, ulcerazioni, cerviciti, endocerviciti; per atti operativi durante il parto, lacerazioni, raschiamento dell'endometrio per residui ovulari specialmente praticato nelle case private. Nessuna differenza apprezzabile è risultata per l'età, nè tra primipare, e pluripare; l'auto-infezione fu accertata in tre casi dei quali in due con parto precipitato.

2. L'indagine batteriologica dimostrò la cavità uterina sterile in tre casi; in alcuni la presenza di più di una specie patogena; lo streptococco, il più frequente agente dell'infezione, riscontrato, sia nel canale genitale che nel sangue circolante; vengono dopo gli stafilococchi aerobi e aneroib, il b. coli e coliformi, il gonococco. Nel canale genitale può presentarsi un'infezione polimicrobica mentre nel sangue si ha nella quasi totalità dei casi la presenza di un sol patogeno; i microorganismi separati dal sangue si presentarono sempre virulenti negli animali, le stesse specie, presenti nel canale genitale, di virulenza variabile, ed anche deficiente.

3. Il siero di sangue di colpite da infezione streptococcica, agglutinò non solo streptococci ricavati dal canale genitale dell'ammalata stessa, ma anche altri streptococci separati da puerpere afebbrili, da ammalate ginecologiche; il sangue retro placentare avrebbe un azione battericida attivando la fagocitosi, fu trovato con potere agglutinante, e di resistenza all'emolisi vis a vis dello streptococco virulento, superiore al sangue normale, all'infuori dello stato gravidico e puerperale.

In seguito ai lavaggi di sublimato lo streptococco trovato ancora presente in alcuni casi nel canale genitale si trovò di virulenza molto diminuita o mancante completamente; i lavaggi vaginali endouterini fatti con soluzioni disinfettanti efficaci, e colle debite modalità, costituiscono pur sempre uno dei mezzi più pronti e di risultato sicuro nella cura dell'infezione localizzata alla cavità genitale, da non abbandonarsi anche in certi casi quando si è generalizzata; si dovrebbe insistere nella sieroterapia antistreptococcica solo nei casi, nei quali l'emocultura non ha dato un riscontro

di una specie patogena diversa dallo streptococco, anche quando quest' ultimo è solo presente nel canale genitale.

S. REBAUDI (Genova). — *La tensione superficiale delle urine durante la gravidanza normale, il travaglio di parto ed il puerperio.*

Una serie numerosa di ricerche condotte sulle urine delle donne gravide, partorienti e puerpere normali, a mezzo dello stalagmometro ideato e costrutto da Zanfrognini-Rebaudi, permette all' O. di trarre le conclusioni seguenti:

1° La tensione superficiale dell'urine durante la gravidanza è inferiore alla media normale raggiunta dall' urine delle donne nello stato extragravidico. La diminuzione è più sentita durante la seconda metà, più ancora nell'ultimo trimestre della gravidanza, e va gradatamente accentuandosi man mano ci si avvicina al termine suo fisiologico.

2° Diminuisce ancora maggiormente nel soprapparto sino a raggiungere i valori minimi nel lasso di tempo più vicino all'espulsione del feto.

Avvenuto il parto, si nota un aumento leggiero della tensione.

3° Però già durante la prima giornata di puerperio diminuisce di bel nuovo la tensione, e bassa si mantiene entro tutta la terza e quarta giornata, per poi ritornare gradatamente ai valori normali nelle residue 10-12 giornate di puerperio.

Il ritorno alla norma si fa più rapidamente nelle donne che non allattano, che nelle nutrici.

DISCUSSIONE

Zanfrognini (Modena). Si rallegra degli interessantissimi studi condotti dal Rebaudi, usufruendo di un apparecchio così semplice e così perfetto che, anche a lui, ha corrisposto egregiamente. Com'egli ha per primo dimostrato, la tensione superficiale delle urine è specialmente in rapporto al quantitativo loro di pigmenti: ora che i pigmenti urinarii pare acquistino un'alta importanza quali indici delle attività de ricambio organico, gli studi intorno alla tensione superficiale delle urine assumerebbero una nuova benemerenza.

A proposito giungono appunto le nuove e veramente interessanti conclusioni dell' O. a gettare una novella luce nelle intricate questioni del metabolismo organico nella donna gravida, parto iente e puerpera.

Rebaudi. Le sue esperienze sono la piena convalidazione delle conclusioni cui era venuto Zanfrognini da sue esperimentazioni: la tensione superficiale delle urine è specialmente influenzata dal contenuto loro in pigmenti; i resultati infatti delle ricerche condotte da Merletti intorno alla urobilina ed il suo cromogeno durante la gravidanza, il parto ed il puerperio stanno a comprova del suo asserto.

A. ZANFROGNINI (Modena) - *Su la patogenesi dell' atrofia acuta del fegato delle gestanti.*

L' O. porta un contributo clinico di 5 casi osservati nella Clinica Ginecologica di Genova. Egli considera l' atrofia acuta del fegato come una sindrome dovuta ad elementi patogenetici diversi, infettivi e tossici; ma crede che l' autointossicazione gravidica non possa esserne considerata come unica causa determinante. In appoggio osserva: 1°) che la forte preponderanza dell' a. g. in gravidanza perde alquanto del suo valore se sulle statistiche si contemplano anche le altre forme di ittero grave, di cui l' a. g. è una varietà; e che comunque questo fatto può spiegarsi considerando solo la gravidanza come una condizione predisponente; 2°) che l' inizio dell' affezione è brusco, e il decorso sensibilmente uguale in tutti i casi: 3°) che quanto più minuziose sono le ricerche sulla patogenesi nei singoli casi, si trovano altre cause ben più importanti dell' intossicazione da gravidanza; 4°) che non è dimostrato un passaggio fra l' ittero benigno da gravidanza e l' a. g.

L' O. pensa poi che in nessun modo possano essere sostenibili i rapporti di affinità fra l' a. g. e l' eclampsia. Egli osserva a questo proposito: 1°) che nell' atrofia acuta del fegato mancano lesioni degli annessi; 2°) che il comportamento della pressione arteriosa è diverso; 3°) che la coagulabilità del sangue si comporta nelle due affezioni in modo opposto; 4°) che i fenomeni nervosi motori, sintoma culminante dell' eclampsia, rappresentano un sintoma del tutto secondario nell' a. g. a.

Come conclusione pratica delle proprie osservazioni l' O. ritiene, che, nel solo interesse del feto, sia indicata nell' a. g. l' interruzione della gravidanza quanto più è possibile precocemente e rapidamente.

DISCUSSIONE

Pestalozza (Roma) - Non ritiene fondata la patogenesi infettiva dell' a. g. non essendosi dimostrata l'esistenza di un germe specifico capace di ripeterne il quadro negli animali. Invece egli attribuisce molta importanza alle cause tossiche, fra le quali merita d' esser presa in considerazione l' autointossicazione gravidica. L' insufficiente funzione urogenetica del fegato accosta l' atrofia acuta all' eclampsia: queste due forme morbose hanno indubbiamente nessi patogenetici comuni. Anche l'eclampsia ha come l' a. g. una sindrome costante.

Gioelli (Vercelli) - Ritiene che l' infezione sia l' elemento più importante nella patogenesi dell' a. g.; ammette che quest' affezione abbia un nesso comune con l' eclampsia e con l' anemia perniciosa progressiva.

Raineri (Genova) - Obbietta che la diminuita coagulabilità del sangue non è specifica dell' a. g, perchè si riscontra anche in altre infezioni ed intossicazioni.

Ferroni (Parma) - *Lampugnani* (Novara) - Riferiscono casi d' a. g. di osservazione personale nei quali una minuta inchiesta potè stabilirne la patogenesi in veleni esogeni.

Oliva (Genova) - Ha osservato un caso d' a. g. in gravidanza con esito in guarigione.

Pestalozza (Roma) - Fu osservato un caso analogo nella Clinica di Roma.

Zanfrognini - Risponde al prof. Pestalozza che la mancanza di un germe specifico e costante non contraddice la patogenesi infettiva dell'a. g.; in uno dei casi illustrati fu isolato un germe le cui tossine riproducevano nella cavia splendide lesioni degenerative a focolaio del fegato. Partigiano di una patogenesi plurima egli è d' accordo col prof. Pestalozza nell' attribuire molta importanza anche alle cause tossiche nell' etiologia dell' a. g.: ma all' autointossicazione gravidica non può assegnare, per i motivi già esposti, se non l' importanza di una condizione predisponente. Quanto ai rapporti con l' eclampsia osserva che in realtà l' eclampsia ha un decorso dei più varî da caso a caso. L' insufficiente urogenesi epatica è poi nella eclampsia un fenomeno secondario all' intossicazione generale: lesioni epatiche anatomiche e funzionali possono essere sperimentalmente osservate anche provocando insufficienza in altri organi antitossici, come le paratiroidi.

Non può essere d' accordo col prof. Giuelli solo in quanto egli attribuisce all' infezione un importanza troppo generalizzata come causa dell' a. g.

Il prof. Raineri ha ragione che l' incoagulabità del sangue si nota anche in altre infezioni ed intossicazioni, ma l' O. rileva che egli attribuisce importanza a questo sintoma solo in quanto differenzia l'eclampsia dall'a. g.

I casi riferiti dal prof. Ferroni e dal dott. Lampugnani confermano una volta di più quanto l' O. ha affermato, cioè che estendendo le ricerche nei singoli casi si trovano elementi patogenetici di ben più alta importanza che non l' autointossicazione gravidica, oggi troppo leggermente portata in campo come elemento patogenetico diretto dell' a. g.

Per quanto si riferisce ai casi di guarigione dell' a. g. l' O. propende per ritenerli piuttosto casi di ittero grave, poichè per l' a. g. non è dimostrata la possibilità di un arresto del processo, e perchè la difficoltà della diagnosi differenziale in vita è spesso insormontabile.

S. Artom di S. Agnese (Roma) — *Ricerche sperimentali sulla patogenesi dell'osteomalacia.*

É nota la comunicazione fatta nel 1907 dal prof. Morpurgo alla R. Accademia di Torino della possibile trasmissione della osteomalacia umana ai topi albini iniettati con colture in brodo, agar e gelatina di un diplococco isolato dal cadavere di una donna osteomalacica. Altri sperimentatori, con iniezioni di un microorganismo analogo al *diplococcus osteomalaciae hominis* di Arcangeli e Fiocca, ottennero risultati un po' diversi da quelli avuti dal prof. Morpurgo. Alcune femmine di topi albini che servirono per gli esperimenti di Stefanelli e di Levi, pur essendo gravide ed avendo partorito, nulla presentarono di patologico, Al dott. Artom della Clinica di Roma riuscì invece, in ratti albini, di trasmettere, con la inoculazione sotto la cute del dorso, attraverso la cannula di un grosso trequarti introdotto sotto la cute stessa, di piccole scheggie di osso tolto con ogni cautela di asepsi da una costola di una malata di osteomalacia

della Clinica del prof. Pestalozza, una forma di osteomalacia simile per i reperti batteriologici e radiografici alla umana.

Dal sangue dei ratti ammalati il dott. Artom ha ottenuto in coltura pura il *diplococcus osteomalaciae hominis* descritto da Arcangeli e Fiocca.

Con innesti poi di materiale dei topi già infetti e con inoculazione sottocutanea della coltura isolata, l'Artom ha potuto riprodurre in topi la malattia. Gli esperimenti furono fatti con materiale di controllo. Le radiografie dei topini malati in confronto di quelle ottenute da topi sani eseguite contemporaneamente con una sola esposizione, dimostrano la differenza enorme della compattezza scheletrica.

Nel topo osteomalacico le ossa hanno contorni mal definiti ed una marezzatura uniforme dipendente dalle picchettature chiare nei punti più poveri di sostanza calcarea, e presentano fratture multiple e deformazioni evidenti.

L'osteoporosi appare uniforme su tutti i segmenti degli arti. Dai suoi studi il dott. Artom è indotto ad affermare di aver raggiunta la prova della possibilità di provocare con innesti da materiale tolto da donne osteomalaciche nei ratti albini una gravissima infezione generale mortale con lesioni evidenti dello scheletro. Il dott. Artom si propone di continuare le sue ricerche e di esperimentare anche una terapia vaccinica.

DISCUSSIONE.

Gioelli (Genova) — Si riferisce ad alcune sue ricerche fatte nell'Istituto di Genova sul *micrococcus osteomalaciae* del Prof. Morpurgo e ad altre eseguite col collega Varaldo, con le quali, da pezzi osteomalacici raccolti asetticamente, potè isolare un micrococco caratterizzato per il suo scarso sviluppo. Non vuole infirmare la specificità del *micrococcus osteomalaciae*, ma domanda, data la possibilità della trasmissione dei germi attraverso alla placenta, se qualche feto dei ratti albini femmine che partorirono sotto il dominio del male dimostrò alterazioni similari a quelle osservate e descritte dai ricercatori.

Clivio (Pavia) — Chiede come si possano spiegare le guarigioni che si osservano con una impressionante rapidità nelle donne osteomalaciche operate di ovariectomia.

Pestalozza (Roma) — Constata che tutti seguono con vivo interessamento le questioni che si riferiscono alla osteomalacia. È un fatto che le ultime constatazioni del Prof. Morpurgo e quelle dell'Artom tendono a portare la forma morbosa tra le infettive. Anche nel caso studiato nella sua clinica, dove la constatazione della natura infettiva del male fu indubbia, si ebbe la guarigione con esito brillantissimo in seguito all'intervento chirurgico. I risultati operativi alcune volte però sono transitori.

Raineri (Vercelli) — Domanda se il Dott. Artom ha istituito delle ricerche sulle condizioni delle capsule surrenali, e in caso affermativo, se

dette condizioni corrispondono a quelle da lui descritte dopo l'isterectomia e dopo la salpingooforectomia.

Bossi (Genova) — La questione che si discute è interessantissima. Egli crede alla poligenesi della osteomalacia. Questo concetto è sostenuto da lui e dalla sua scuola. Come ha dimostrato con la somministrazione di estratto di ghiandole surrenali non solo in alcuni casi si poterono evitare operazioni gravi, ma scomparvero tutte le sofferenze e le donne poterono rimanere gravide nuovamente e partorire ancora a termine e spontaneamente. Egli pure ha fatto ricerche in rapporto alla teoria microbica dell'osteomalacia, ma senza risultato. Non ha mai osservato la malattia nei figli di donne osteomalaciche. La Belloro sulla quale ha ottenuto la prima guarigione completa per mezzo della opoterapia surrenale e che rientrò in clinica ancora gravida ha partorito a termine in modo eutocico, un feto di 3840 gr.

Come si potrebbe spiegare questa guarigione indubbia e permanente se in realtà la forma fosse microbica?

Bonardi (Milano) — Ricorda due casi nei quali ebbe la guarigione con la cura ittiolica.

Ferroni (Parma) — Plaude alle ricerche del Dott. Artom e si augura possano dare risultati definitivi.

Mangiagalli (Milano) — Chiede se furono fatte le radiografie degli animali prima dell'innesto delle scheggie ossee.

Artom risponde ricordando le difficoltà nella ricerca del ***micrococcus osteomalaciae*** dell' Arcangeli e del Fiocca nel sangue circolante; accenna alle guarigioni delle malate ottenute semplicemente con la cloronarcosi e ai risultati incoraggianti col metodo proposto dal Prof. Bossi; assicura di aver prese tutte le più scrupolose cautele per non incorrere nelle più ovvie cause di errore; mantiene un certo riserbo per riguardo alla portata delle sue ricerche, in quanto sono esse riferibili alla patologia umana.

T. SOLDI (Genova) — *Due casi di osteomalacia guariti colla terapia adrenalinica.*

Descrive due casi di osteomalacia osservati durante l'anno scolastico decorso nella Clinica ostetrica di Genova e trattati colla terapia adrenalinica. Nel primo caso si ottenne la guarigione con 78 iniezioni di 1 cc. di adrenalina al 1 $^0/_{00}$, nel secondo caso la paziente guarì con 50 iniezioni di $^1/_2$ cc. di adrenalina al 1 $^0/_{00}$. L'O. dopo fatte alcune considerazioni sulle dosi da usarsi, tenta di spiegare il meccanismo di azione del medicamento riferendolo alla iperemia venosa che si riscontra costantemente nelle ossa osteomalaciche. Affaccia l'ipotesi che detta iperemia possa derivare sia da una insufficenza surrenale, sia da una un pervertimento della secrezione ovarica, sia anche da prodotti tossici elaborati da microorganismi, il che porterebbe ad una origine multipla della malattia in questione e spiegherebbe gl' insuccessi ed i brillanti risultati ottenuti volta a volta dai vari mezzi di cura. Gl' insuccessi dell' adrenalina in mano di altri autori, sono in gran parte dovuti alle dosi insuf-

ficienti od ai casi di malattia troppo avanzata, Propugna quindi l'impiego precoce del rimedio in dosi appropriate, che ci dirà quanto e sino a che punto dobbiamo in esso sperare.

A. BIASOTTI (Genova) - *Esame ginecologico delle puerpere e le retrodeviazioni dell' utero.*

A) Il parto e il puerperio rappresentano il più comune, incontestato elemento etiologico della retrodeviazione.

B) Le retrodeviazioni in puerperio sono più frequenti di quanto si creda, e raggiungono una percentuale che si avvicina a quella citata dagli autori nei casi ginecologici. Quindi tale dato di approssimazione fa ritenere che questi non siano altro che i postumi lontani di quelli.

C) L' esame ginecologico delle puerpere deve essere praticato sempre in ostetricia, prima del giorno 20⁰ di perperio, allo scopo di sorprendere in tempo il manifestarsi di uno spostamento e subito provvedervi.

D) La cura delle retrodeviazioni uterine sia antiche che recenti, mediante applicazione di pessario in puerperio, è da preferirsi a tutti i mezzi operativi finora ideati.

DISCUSSIONE.

Oliva (Genova) Conferma i risultati delle ricerche cliniche del dott. Biasotti. In alcuni casi la riduzione dell' utero non essendo possibile digitalmente ritiene ottimo l' intervento chirurgico coll' Alexander-Adams.

Guzzoni (Messina) Domanda se si è tenuto conto della permanenza in letto delle puerpere e a quale pessario il Biasotti ha dato la preferenza.

Ferroni (Parma) Ricorda di aver fatto esami nelle puerpere in 7-8 giornate, nòn ha constatato la forte frequenza delle deviazioni uterine accennata dal Biasotti.

Pinzani (Pisa) Non crede, in base alla sua esperienza clinica, tanto frequente, come risulterebbe dalle osservazioni riferite, la retroflessione uterina nelle donne in seguito al parto.

Burlando (Genova) Conferma invece le osservazioni cliniche del Biasotti in base a molti casi personali.

Bossi (Genova) Ricorda d' aver egli richiamato anni addietro l' attenzione degli ostetrici sull' opportunità di un esame delle puerpere prima di abbandonarle a se stesse, onde poter intervenire opportunamente correggendo viziosi comportamenti dell' organo uterino. Nella Clinica da lui diretta si compie quest' esame all' atto dell' uscita e poi si raccomanda alla puerpera di ritornare a farsi vedere entro i primi 20-25 giorni di puerperio.

Biasotti risponde che la riduzione dell' utero gli riuscì sempre possibile durante il puerperio e che molti casi di Alexander - Adams felicemente operati in passato recidivarono in nuovi puerperî; riconosce che la lunga degenza della puerpera a letto influisce sulla frequenza delle retrodeviazioni, e che il pessario da lui usato fu quello dell' Hodge malleabile. L' esame ginecologico non sarà mai fatto nei primi 8 giorni, perchè in questo

periodo di tempo, l' utero trovasi in antiflessione fisiologica e quindi alla esplorazione si hanno risultati negativi; ma deve invece praticarsi non prima del 14° e non dopo il 20° giorno del parto avvenuto.

G. ZAMORANI (Milano) — *I risultati ottenuti rispetto al feto nella sua estrazione manuale o strumentale nella presentazione dell'ovoide podalico nella pratica della* « *Guardia Ostetrica di Milano* ».

Nelle stesse considerazioni premesse dal Truzzi alla sua Relazione del 1897 alla Società d'Ostetricia sullo stesso argomento, riferentisi alla sproporzione fra la presunta semplicità dell' atto operativo e l' alta mortalità fetale che ad esso è legata, l'A. trova la giustificazione dell' indagine statistica desunta dai registri della Guardia Ostetrica nel suo esercizio dell' ultimo decennio.

Egli ha raccolto la storia di 631 estrazioni podaliche, riferentisi a 622 parti: i feti premorti all' atto operativo erano 60, quindi le estrazioni di feti ancor viventi furono 571 con mortalità generale di 63, pari a 11 %: pressochè uguali proporzioni riscontrava fra primipare e pluripare: 280 delle prime con 31 feti morti, 282 pluripare con 31 feti morti.

Le presentazioni podaliche complete furono 166; di quelle incomplete 90 si riferivano alla varietà piedi, 6 alla varietà ginocchi, 15 miste: su tutte queste veniva praticata la estrazione manuale completa con 25 feti morti su 249, quindi 10 %.

Rispetto ai feti in presentazione di sole natiche riscontrate in numero di 282, in 79 casi riusciva la deflessione dell'arto inferiore anteriore, in 5 soli casi adottata come misura profilattica, in tutti gli altri seguìta dalla completa estrazione; in 97 casi si poteva estrarre il feto con l' uncinazione digitale degli inguini, in 53 casi si applicava il forcipe sulle natiche, in 48 casi l' uncino ottuso all' inguine.

La mortalità complessiva dei feti presentati colle sole natiche fu di 31, cioè 11 %.

Il forcipe sulla testà posteriore figura in 12 casi con morte di 6 feti.

La craniotomia in 6 casi.

L'A, ha considerato anche le complicanze varie sia materne che fetali; fra queste la stenosi pelvica si riscontrava in 36 casi con mortalità di 28 feti.

L'A. illustra le singole cifre con considerazioni rispetto ai metodi usati generalmente; e infine constatata l' inferiorità delle cifre di mortalità raccolte, rispetto a quelle di altre statistiche desunte anche da varie cliniche, conclude osservando come tutte le estrazioni podaliche si possano espletare col più semplice armamentario, senza bisogno di strumenti troppo specializzati, e come non potendosi che eccezionalmente prevedere la distocia da presentazione podalica prima o agli inizii del parto, difficilmente le pazienti possano venire ricoverate in tempo utile nei comparti di Maternità, e

quindi solo alle Guardie Ostetriche Permanenti, sia in questi casi affidato il còmpito di limitare l'alta mortalità fetale altrimenti inevitabile.

C. MICHELI (Roma) — *Di una modificazione ad un comune craniotomo.*

L'O. ha avuto di mira di semplificare la tecnica della craniotomia nei rari casi nei quali anche oggi, pur nullameno i grandi progressi della ostetricia conservatrice, si deve eseguire la detta operazione.

La modificazione al craniotomo a trivella consiste in un foro che attraversa il manico e l'asta del craniotomo permettendo così di far agire lo stesso istrumento, dopo che ha perforato la volta cranica, anche come cannula irrigatrice in comunicazione diretta col tubo di gomma di un irrigatore.

R. COSTA (Milano) — *Considerazioni intorno ad alcuni casi di pubiotomia.*

L'O. riferisce di quattro casi di pubiotomia da lui eseguiti nell'Istituto Ostetrico-Ginecologico di Milano con mortalità, sia per la madre che per il feto, di zero. Nelle prime due si allontanò alquanto, seguendo il consiglio del prof. Mangiagalli, dal metodo originale, colla direttiva di avere una maggiore sicurezza nell'emostasi (chè in uno dei casi precedenti vi fu emorragia imponente) ed eventualmente per meglio essere garantiti contro l'importazione dei germi. Coi metodi del Bumm o del Döderlein la punta dell'ago, in basso, perfora i tessuti senza il controllo della vista e ciò può essere causa che i plessi venosi i quali scorrono lungo il margine inferiore della branca ischio pubica (quelli maggiormente temibili) siano compresi nell'arco del filo sega: inoltre tale punto è in tutta vicinanza del grande labbro; più facile è quindi divenga porta di germi, o durante l'intervento o successivamente. La tecnica seguita dall'O. consiste in un'incisione trasversale delle parti molli all'altezza circa del punto di unione dei due terzi inferiori col terzo superiore della sinfisi, stendentesi da un lato e dall'altro di questa per circa 5 centimetri. A campo così ampio e scoperto facile è l'emostasi dei vasi recisi; fatto da prendersi in considerazione nel caso in cui esistano numerose varici. Si giunge fino ai fasci fibrosi che sono nella faccia anteriore ed ai lati della sinfisi, rispettando la loro integrità. Con pinze si solleva il labbro superiore, mentre la donna è a coscie flesse affinchè tutta la linea di ferita si sposti in alto, e si passa l'ago con la tecnica di norma; indi si abbassa il labbro inferiore e si estendono le coscie, si che portata in basso la linea di incisione, senza difficoltà è visibile il punto dove l'ago fa prominenza in basso per perforare le parti molli. Si applica allora da un lato e dall'altro della punta prominente una pinza emostatica o si passa

un Déchamp, indi si fa alla punta perforare le parti molli. E' ovvio che in tal caso si è padroni dell'emostasi, anche se per avventura l'ago, nell'arco descritto avesse compreso i plessi venosi sopra ricordati.

Successivamente si arrestano i movimenti del filo-sega appena resecato l'osso, lasciando integri i fasci fibrosi di cui sopra si disse; il che non è difficile, perchè controllabile colla vista: si ottiene con ciò che un ponte di tessuto assai resistente impedisca una soverchia divaricazione dei monconi.

I vantaggi di tale metodo, apparsi nei casi in cui fu impiegato, sono, per quanto riguarda l'emostasi, sì evidenti che non occorre spender parola a loro dimostrazione.

Inoltre la linea di sezione dell'osso resta coperta da un ponte di parti molli fibrose e per questo vi sono gli stessi vantaggi che si vogliono ascrivere al metodo sottocutaneo; e le parti molli recise, per la linea traversale di recisione, sono suturate sì da formare colla linea di sezione ossea una croce. Infine, poi che detta linea traversale di sutura è in alto (punto di unione dei due terzi inferiori col superiore della sinfisi pubica) e quindi lontana dalle grandi labbra, presumibilmente più difficile è che venga inquinata o che insorga l'edema delle labbra stesse, fatto facile ad osservarsi colla tecnica classica, per la lesione direttamente portata su esse o in tutta vicinanza di esse. Simile ipotesi parrebbe essere confortata specie dall'ultimo caso operato, dove il decorso fu assai soddisfacente, senza insorgenza di edemi, e già in ventunesima giornata la donna abbandonava il letto.

L. A. OLIVA (Genova). *Il taglio lateralizzato del pube alla Gigli.*

Da tre settimane ha operato nella Maternità di Genova una donna gravida a termine con bacino piatto rachitico e C. V. di 76 mm. La paziente con le membrane rotte precocemente era stata ripetute volte esplorata fuori della Maternità e nell'istituto. Eravi sospetto anche d'infezione. La operazione Gigli fu eseguita il 7 Settembre 1908. Il feto pesava gr. 4500, aveva un BpO di 92 mm. ed un BpA. di 100, nacque vivo, ma morì in quarta giornata per eclampsia infantile. La donna era primipara. L'operazione fu eseguita con un tecnicismo speciale inteso a salvaguardare meglio il campo operatorio da eventuali infezioni ed a facilitare l'integrità delle parti molli durante la dieresi ossea.

M. LAMPUGNANI (Novara). *Due operazioni del Gigli. 1.ª per gravidanza tardiva. — 2.ª per viziatura pelvica.*

L'O. riferisce le storie cliniche di due sue operate di pubiotomia con esito felice per le madri ed i feti.

Nel 1º caso trattavasi di una gravidanza tardiva accertata di 300 giorni. La donna era stata portata in Clinica in travaglio di

parto. Riuscita vana l'applicazione del forcipe in posizione di Walcher, aveva praticata la pubiotomia estraendo col forcipe un feto vivo di gr. 4400, lungo 53 cm., con testa molto ossificata e voluminosa.

Nel 2° caso trattavasi di gravidanza a termine in donna con pelvi totalmente ristretta, piatta rachitica con C.V. di 75 mm.. Con la pubiotomia e forcipe estrasse un feto vivo di gr. 3100.

Prendendo occasione dal 1° caso, discute l'importanza della gravidanza tardiva come causa di distocia. Su otto casi osservati, aveva dovuto intervenire in due, con la provocazione del parto alla Krause nel primo, con la pubiotomia nel secondo. Conclude col Bossi che « *in casi di gravidanza tardiva, quando la paziente si presenti tardi o in travaglio di parto, e si abbia una testa così ossificata e voluminosa da essere impossibile la sua estrazione col forcipe in posizione di Walcher, nell'interesse fetale si debba intervenire con la pubiotomia* ».

Prendendo occasione dal 2° caso, si occupa deî tentativi di allargamento permanente del bacino, ed espone un suo processo di autoplastica pelvica, che consiste nella formazione di un lembo periosteo anteriore con base verso la sinfisi pubica, di un lembo periosteo posteriore con base verso il foro otturatorio, nella dieresi dell'osso in senso diagonale dalla base del lembo interno alla base del lembo esterno, e nell'affrontamento della estremità delle superfici di sezione ottenute, ribattendovi sopra i lembi di periostio. Si ha così un ampliamento della cintura pelvica di 2 cm. e dei diametri del bacino di 1 cm. Il vantaggio è doppio se si ripete il processo dall'altro lato. All'infuori dello scopo plastico discutibile, il processo avrebbe quello positivo di allontanare la linea interna di taglio dalla regione retro pubica, offrendo maggior parete pelvica d'appoggio alla vescica, evitando una superficie molto vascolarizzata, e ottenendo la restituzione ad integrum della cintura ossea. Conclude corredando la sua proposta con fotografie di bacini allo stato secco così pubiotomizzati e con radiografia della operata con tale metodo.

DISCUSSIONE.

Mangiagalli. (Milano). Spiega le ragioni che lo consigliarono ad adottare nelle operazioni riferite dal Costa il taglio trasversale. Egli è persuaso che, affine la pubiotomia diventi un'operazione tipica, è sempre necessario che l'operatore diventi padrone dell'emostasi. Dal prof. Sala di Anatomia nella R. Università di Pavia egli fece eseguire un preparato dimostrante i rapporti dei vasi che hanno importanza nell'operazione Gigli. Questo preparato richiama una bellissima tavola che trovasi nella nota pubblicazione del Kownatzki.

Esaminando il detto preparato e le tavole del Kownatzki, chiaramente si vede come, scostandoci dalla via di mezzo, meno estese riescono le lesioni vascolari. Con l'incisione traversale si garentisce meglio l'emostasi nell'atto operativo.

I due casi infatti operati con tale metodo dimostrarono la sua bontà.

Ferroni (Parma). Teme che l'indicazione data dalla gravidanza tardiva possa pregiudicare la bontà dell'operazione Gigli. Non vede la necessità di un processo di autoplastica, servendo bene la proposta di Van de Velde di ottenere la diastasi dei monconi del pube con la formazione di un callo fibroso, il quale può tornar utile in gravidanze successive.

Boggiano (Genova) Ricorda un caso nel quale, usando una tecnica molto simile a quella usata da uno dei relatori, si ebbe un'imponente emorragia.

Resinelli (Firenze). Non crede che possa avere una qualche importanza, nel prevenire delle infezioni, la direzione del taglio delle parti molli. Ciò che invece ha valore è che si eviti con una assoluta asepsi qualsiasi infezione prima e durante l'atto operativo. Fa obbiezioni sulla difficoltà di ottenere il lembo periosteo posteriore. Riferisce che due delle sue operate rimaste poi incinte; essendo risultata una diastasi permanente sensibile dei monconi pubici sezionati, esse partorirono spontaneamente.

Bossi (Genova). Sostiene che possa talora essere la gravidanza tardiva indicazione giustificata dell'operazione Gigli, avendo egli dimostrato come i feti tardivi siano caratterizzati da una eccessiva ossificazione delle ossa craniche, donde un aumento nella lunghezza dei diametri ed una diminuita riducibilità loro. Presenta anzi a documento di quanto ha detto un feto macrolalico avutosi in Clinica con parto gravemente distocico, per il quale fu necessario in donna con bacino normale una laboriosa craniotomia su feto morto.

Lampugnani risponde che la guarigione di una ferita ossea con callo fibroso non può essere elevata a metodo, essendo contraria alle buone regole chirurgiche: d'altra parte il processo — in tale caso — non potrebbe essere bilaterale. Riconosce le difficoltà di formare il lembo periosteo posteriore in modo ideale, per quanto meno perfettamente si possa riuscirvi.

Terrà calcolo della proposta dell'incisione traversale per l'emostasi preventiva.

Per riguardo alla lunghezza dei feti tardivi, ha notato nei suoi casi una sproporzione fra lunghezza e peso, avendosi delle lunghezze superiori ai 50 cm. per feti inferiori anche ai 3000 grammi.

L. A. OLIVA (Genova) — *Il taglio Cesareo extraperitoneale (contributo clinico).*

In una donna che versava in condizioni gravi, già infetta prima dell'ingresso in Maternità, con temperatura ascellare di 38.5 e 120 di polso, essendovi una forte viziatura pelvica, pensò indicato ed eseguì il taglio cesareo extraperitoneale col metodo di Sellheim.

DISCUSSIONE.

Ferroni (Parma) — Esperimentò pure nella Clinica ostetrica di Parma detto metodo, che non crede però di poter consigliare.

Resinelli (Firenze) — In confronto dei resultati poco incoraggianti che con questi nuovissimi metodi si ottengono, ricorda di aver operate e salvate

tre donne infette ed in condizioni gravi con operazione cesarea conservatrice, attenendosi però ai più scrupolosi precetti dell'asepsi ed isolando completamente il campo operativo dal cavo peritoneale.

Bossi (Genova) - È pure scettico su questa mania di nuovi metodi che non valgono i già noti, ai quali egli si attiene sempre con ottimi resultati, come appunto in due casi gravissimi recentemente da lui operati.

P. CAVIGLIA (Torino) — *Una camera incubatrice trasportabile.*

Presenta al Congresso i disegni di una nuova camera incubatrice trasportabile, ideata dalla levatrice maestra Pozzo Malerba di Torino. I vantaggi di questa incubatrice sono i seguenti: che il bambino prematuro non si estrae per l'allattamento e per tutti i bisogni d'igiene.

L'incubatrice è una cameretta della capacità di 2 mc. costrutta in legno e vetri, con anticamera. Contiene quanto le moderne esigenze della scienza domandano per l'allevamento dei nati prematuri. Ha un riscaldamento ed una ventilazione accuratissima regolate automaticamente.

Illustra con grafiche gli ottimi resultati ottenuti.

A. BERTINO (Firenze) — *Sulla rimozione dei coaguli dopo il parto come mezzo profilattico contro le infezioni del puerperio.*

Fra i diversi mezzi proposti per ridurre la morbilità puerperale, l'A. ha rivolto la sua attenzione a quello proposto dallo Zweifel nel 1904, consistente nella rimozione dei coaguli, che dopo il parto si trovano nella vagina delle puerpere.

Sottopose un migliaio di donne che partorirono spontaneamente a questo trattamento: in una metà di esse asportò i coaguli con batuffoli di cotone sterilizzato, nell'altra metà praticò una lavanda vaginale con soluzione di lisoformio al 2 $^0/_0$, entro le prime 24 ore dal parto.

Osservando attentamente il decorso del puerperio, potè vedere che in entrambe le categorie di puerpere la morbilità puerperale era ridotta circa all'1 $^0/_0$, e cioè alla metà in confronto della percentuale ricavata dall'esame di 1000 puerperii di donne che pure avevano partorito spontaneamente, ma nelle quali il trattamento era consistito in semplici lavande dei genitali esterni.

L'A. si propone di continuare nelle sue ricerche, e di fare esperimenti con altri mezzi idonei a favorire l'uscita spontanea dei coaguli dalla vagina, poichè è persuaso che il primo metodo finora sperimentato non è attuabile nella pratica, ed il secondo non può essere affidato senza timori alle levatrici che assistono da sole il maggior numero dei parti.

A. CUZZI - *Di una modificazione al cucchiaio per aborti di Pinard.*

La modificazione che l'O. propone consiste in una speciale

disposizione scabra a gradini sulla superficie convessa dell'estremità del cucchiaio del Pinard.

Con questa speciale disposizione sarebbe facilitato il distacco dei residui ovulari dalla superficie uterina nei casi d'aborto.

V. DE BLASI - (Roma) - *Sul passaggio del bacillo del tifo e delle tifoagglutinine a traverso la placenta umana e di alcune specie animali.*

In tre casi di aborto nel corso di una infezione tifosa non fu mai potuto isolare il b. di Eberth dal sangue e dagli organi fetali: in un caso fu isolato dalla placenta.

In uno dei tre casi studiati fu ricercato il potere agglutinante del sangue fetale e del sangue materno; e fu visto che mentre esisteva nel secondo, mancava nel primo.

In esperimenti di infezione eseguiti con bacillo del tifo sulle cavie, gatte e cagne si ebbe quasi sempre l'aborto e dai feti non fu isolato mai il b. del tifo, che era invece presente nell'organismo materno, salvo il caso nel quale era avvenuta la morte della madre e i feti erano rimasti parecchie ore nel corpo materno morto.

S. BALDUCCI (Milano) — *Contributo alla diagnosi di feto nato morto per mezzo della radiografia.*

Le prove con le quali si cerca di determinare se un feto sia nato morto o vivo, finora in uso, sono ancora incerte, e da sole, insufficienti a risolvere questo grave problema di Medicina Legale.

In questi ultimi tempi si è tentato dal Vaillant e dal Bouchacourt di ricavare dati di certezza mediante l'esame radiografico dei feti.

Allo scopo di estendere queste ricerche, ed eventualmente di renderle più rigorose, ha eseguito una serie di radiografie, su feti in condizioni svariate.

I risultati ottenuti sono i seguenti:

Nei feti nati morti, sia a termine o no, nessun organo addominale e toracico è visibile alla radiografia. Lo scheletro è evidente; la gabbia toracica ha una forma conica accentuata, abbastanza regolare ai lati e in alto appare tronca come tagliata da un piano perpendicolare all'asse del cono.

Nei feti che hanno compiuto qualche atto respiratorio intrauterino o intravaginale, solamente lo stomaco è appena accennato. Lo scheletro è visibile; la gabbia toracica presenta gli stessi caratteri dei feti che non hanno respirato.

Nei feti che hanno respirato per pochi minuti fuori dell'alvo, materno, sono evidenti i polmoni, il cuore, lo stomaco. Lo scheletro è visibile; la gabbia toracica è di forma a botte, con la sommità arrotondata.

Nei feti che hanno respirato per qualche ora, e che non hanno preso alimento, la radiografia mette in evidenza i polmoni, il cuore,

il fegato, lo stomaco e la massa intestinale. Lo scheletro è visibile; la gabbia toracica ha forma a botte, con la sommità arrotondata.

Nei feti che hanno preso alimento, tutti gli organi sono più visibili dei casi precedenti. Lo scheletro, è evidente, e la gabbia toracica ha forma di botte con la sommità arrotondata.

Riassumendo, quindi a me sembra che l'esame radiografico sia di grande utilità per la diagnosi di feto nato vivo o morto.

Se la permeabilità dei polmoni, dello stomaco, dell'intestino ai raggi Röntgen, non sempre ci sta ad indicare la vita extrauterina di un feto, appunto perchè, come è stato dimostrato anche dal Bouchacourt, la permeabilità dei suddetti organi può dipendere anche da insufflazioni, da moti respiratori precoci intrauterini o intravaginali, da processi putrefattivi dei polmoni e degli altri visceri, pure noi abbiamo, mediante l'esame radiografico, un dato costante, sicuro, qual'è quello della forma della gabbia toracica nei diversi tipi di feto.

La differenza di forma in quelli nati morti, aventi o no subìte manovre di respirazione artificiale, e in quelli nati vivi, oltre alla maggiore o minore distanza delle coste tra loro, e alla maggiore o minore ampiezza della base, sta nell'apice del cono risultante della gabbia toracica.

COMUNICAZIONI INDIVIDUALI

DEI SOCI ASSENTI

M. Pazzi (Bologna) - *Entro quali limiti deve esplicarsi la funzione sociale del ginecologo.*

1. Il ginecologo studia reciprocamente l' influenza del sistema genitale della donna sopra tutti gli altri sistemi della economia animale ed il conseguente equilibrio delle funzioni organiche materiali ed immateriali che formano l' essenza della vita (ginecologia conservatrice e demolitrice).

2. Il ginecologo indaga tutte le cause esterne ed interne, dirette ed indirette che possono modificare, deprimere od esaltare il principale coefficente di salute pubblica e di economia sociale: la madre.

3. Il ginecologo guida l' igienista e il legislatore verso le anomalie primigenie del corpo e della psiche.

4. Il ginecologo parte dalla educazione sessuale per giungere alla formazione di quell' ***optimum*** della specie, che solo può assicurare la libertà, la salute e la ricchezza della società umana (pedagogia sessuale, eugeneutica razionale).

5. Il ginecologo tende incessantemente a restaurare la concezione della vita e rivendica l' onore della storia e della filosofia della medesima.

6. Il ginecologo mira a ristabilire il rispetto, la stima e l' ammirazione dell' uomo verso la donna e viceversa, a riedificare il santuario della famiglia, a rinsaldare il dovere di conservazione della specie e la fede nell' avvenire, rinnovando con tali scopi il fecondo contatto fra scienze naturali e morali, sulle cui basi si fonda l' ordinamento sociale.

M. PAZZI (Bologna) - *La responsabilità giuridica della donna nello stato puerperale.*

1. Stato puerperale e stato di maternità sono sinonimi e designano il periodo biologico della donna dall' atto in cui viene fecondata al compiuto allattamento.

2. Per unanime accordo dei psichiatri e dei ginecologi nello stato di gravidanza, puerperio ed allattamento, la donna è in modo particolare esposta alla follia.

3. La gamma delle turbe della psiche parte dal semplice cambiamento di carattere e giunge fino all' idea coatta del reato (melanconia, esaltazione, cleptomania, infanticidio).

4. La donna che trovasi nello stato puerperale ha legata la libertà morale, e giuridicamente deve essere considerata irresponsabile.

5. Poichè il delitto di persona, compiuto dalla puerpera sul prodotto del proprio seno, sfugge ad ogni pena (*reclusione, manicomio criminale*) almeno cerchiamo di prevenirne la recidiva istituendo speciali *ginecomi correzionali* o *di separazione* e modificando il codice penale.

F. LA TORRE (Roma) - *Sulle modificazioni istologiche dell'utero in seguito all' azione di sostanze che determinano la contrazione uterina.*

Una lunga esperienza clinica ed una grande serie di esperimenti fisiologici avevano già da molto tempo stabilito che alcune sostanze medicamentose introdotte nell' organismo determinano la contrazione dei vasi sanguigni cagionando l' emostasi.

Questo fatto ha avuto larga applicazione principalmente in ostetricia per diverse ragioni. La sostanza impiegata è stata per molto tempo la segala cornuta ed i suoi alcaloidi. In questi ultimi tempi però altre sostanze sono state trovate utili allo scopo: come l' hidrastis canadensis, il viburnum prunifolium, ecc.

Però, se il fatto clinico è vero, non si era potuto studiare ancora in modo diretto per quale meccanismo tale emostasi avviene, quali modificazioni istologiche apporta nei tessuti uterini l' amministrazione di tali sostanze.

In possesso del metodo Ramon y Cajal, che colora in pari tempo ed in diversi colori i differenti tessuti dell' utero, ho studiato l' argomento, facendo ricerche sugli uteri di cagne allo stato normale e dopo l' amministrazione delle sostanze astringenti, ed ho potuto vedere quali sono le modificazioni.

Data la struttura dell' utero di cagna il meccanismo per mezzo del quale l' emostasi ha luogo è differente secondo le sostanze medicamentose impiegate; cioè l' ergotina agisce sulla contrazione in massa dello strato muscolare interno; lasciando poco modificati i grossi vasi, si ha una specie di tetanizzazione del muscolo; i vasi che attraversano questo strato sono perciò chiusi e quindi non va più sangue alla mucosa e l' emoraggia cessa. Coll' amministrazione dell' hidrastis canadensis le modificazioni avvengono quasi completamente nei grossi vasi lasciando senza grandi modificazioni lo strato muscolare interno, quindi il sangue alla mucosa non affluisce perchè i grandi vasi sono completamente chiusi.

Un' altro fatto risulta dalle mie ricerche ed è che la credenza finora ammessa che l' ergotina faccia contrarre la massa muscolare restringendo la cavità uterina è lontano dall'essere un fatto anatomico; al contrario in seguito all' azione dell' ergotina la massa muscolare contraendosi, subisce una specie di retrazione centrifuga, per cui la cavità si allarga e se il feto non progredisce nella sua discesa in seguito all' amministrazione dell' ergotina è per l' inerzia dell' organo cagionata dal tetanismo, tetanismo che può determinare anche la rottura della parete.

Infine, risulta chiaro dalle mie ricerche ciò che clinicamente e fisiologicamente si credeva, cioè che l' hidrastis canadensis abbia azione sui vasi, mentre l' ergotina l' ha sulla massa muscolare.

F. Baffoni - Luciani (Messina) - *Ricerche fisico-chimiche sul sangue materno e fetale con speciale riguardo alla viscosità.*

1° La viscosità del sangue defibrinato delle donne gravide è minore della viscosità del sangue umano normale.

2° La viscosità del sangue defibrinato del feto è sempre maggiore di quella del sangue defibrinato della madre.

3° La viscosità del siero del sangue materno è di poco superiore alla viscosità del siero umano normale.

4° La viscosità del siero di sangue fetale è costantemente inferiore alla viscosita del siero di sangue della madre.

5° Il siero di sangue materno è più povero in contenuto acquoso del siero di sangue fetale, e cioè più ricco di materie solide.

6° Il contenuto solido del siero materno è a un dipresso uguale a quello del siero umano normale.

7° Il contenuto di sostanze albuminoidi del siero materno è notevolmente più grande di quello del siero umano normale.

8° Le sostanze minerali contenute nel siero materno sono notevolmente più scarse in confronto del siero umano normale.

9° Le sostanze minerali contenute nel siero fetale sono costantemente più scarse in confronto a quelle contenute nel siero materno.

10° Le sostanze minerali contenute nel siero di sangue di feti femminili sono sensibilmente più abbondanti di quelle contenute nel siero del sangue di feti di sesso maschile.

E. COVA (Roma) - *Ricerche batteriologiche sui lochi normali.*

Mentre è comunemente ammesso che nel vestibolo e in vagina nel puerperio normale si trovino dei microrganismi, è discusso se la cavità uterina sia (nel puerperio perfettamente afebbrile) sterile o no: le ricerche più recenti tenderebbero anzi a far pensare che nella maggior parte dei casi l' utero puerperale contenga dei germi.

L'A. eseguì una serie di ricerche batteriologiche sopra puerpere scrupolosamente scelte, e nelle quali non si verificò mai il più insignificante rialzo di temperatura: si servì di una tecnica semplice e che non si presta ad obbiezioni Potè così stabilire che nel puerperio perfettamente normale la cavità dell' utero è di solito sterile; la vagina contiene germi ma non in grande quantità e di preferenza cocchi: al vestibolo si trovano germi numerosi e il b. coli vi è sovente rappresentato.

F. R. VARALDO (Savona) - *Mola idatigena in gravidanza bigemina e degenerazione vescicolare parziale della placenta.*

L'A riferisce un caso di gravidanza bigemina con degenerazione molare di uno degli ovi, ed un caso di degenerazione vescicolare parziale della placenta in donna, che pochi mesi prima aveva avuto altra gravidanza molare.

Egli considera i suoi casi principalmente dal punto di vista clinico ed eziologico. Conclude che la mola idatigena può considerarsi come l' esito di una malattia primitiva dell' uovo, di cui la causa non devesi ricercare in speciali momenti eziologici, ma che più genericamente è da mettersi in rapporto con uno stato di intossicazione, che può determinarsi per l'insorgenza della gravidanza, ma che può essere legato o ad un' affezione specifica o discrasica od infettiva della madre od anche semplicemente a turbe transitorie dell' organismo materno.

F. R. VARALDO (Savona) - *Un caso di chiluria in puerperio.*

Donna di 30 anni, benestante, pluripara, con gentilizio puro, infezione celtica pregressa, ebbe un parto spontaneo prematuro con feto morto e macerato: in IV giorno di puerperio comparvero urine lattescenti e si mantennero tali fino al XV giorno. Quantità d' urina giornaliera supera la media: aspetto opalescente lattiginoso spiccato nelle urine della notte. Ematuria costante. Albumina 0,80 °/₀₀.

Grasso dimostrabile con etere ed acido osmico. L' esame del sangue non diede indizio di aumentato contenuto grassoso. Non si trovò filaria sanguinis.

L'A. riferisce il caso per la sua rarità, dimostra trattarsi di chiluria non parassitaria, nostrale, che potrebbe spiegarsi come chiluria da stasi dei linfatici.

S. Delle Chiaie - *Intorno al glicocene epatico e muscolare durante la gravidanza.*

1. La quantità di glicocene nel fegato e nei muscoli durante la gravidanza è minore che fuori lo stato puerperale.
2. Tale diminuzione pare che non debba mettersi in rapporto con una rallentata attività glicogenetica del fegato, poichè il glicogene di riserva diminuisce anche nei muscoli.
1. Potrebbe infine ritenersi che nell' organismo della gravida si verifichino condizioni per le quali si rende più attivo il consumo del glicogene.

M. Lampugnani (Novara) — *Contributo allo studio dei tumori placentari.*

È una breve nota clinico-istologica riguardante un tumore placentare di un uovo abortivo di cinque mesi proveniente da una primipara attempata.

Il tumore aveva le seguenti particolarità anatomiche: volume di un uovo di gallina, peso di grammi 60; era situato sulla superficie esterna delle membrane fetali a 4 cm. $^{1}/_{2}$ dal margine placentare, sospeso per un peduncolo vascolare, derivante direttamente dai vasi del cordone ombelicale a inserzione marginale.

Istologicamente aveva la struttura tipica di un chorio-angioma.

La gravidanza fu complicata a discreto poliidramnios ed erasi interrotta ad epoca abortiva.

L' A., escluse le altre cause, ritiene che l' aborto sia stato determinato dalla presenza del tumore, per il suo volume e la sua ubicazione: conclude che anche le neoplasie connettivali placentari debbano essere considerate fra le cause meno comuni di aborto.

O. Viana e P. Minassiau (Venezia) - *La reazione di Wassermann nei vari periodi della sifilide.*

1. Nel primo periodo (sifilide locale) si ottenne il 25-30 per cento, nel periodo secondario si ebbe l' 84,6 per cento, e nel terziario l' 83-84 per cento di risultati positivi. La sierodiagnosi riuscì positiva anche in parecchi casi di pregressa sifilide. Nei casi dubbi si ottenne il 60-65 per cento di reperti positivi.
2. Oltre che nel sangue, gli anticorpi sifilitici furono trovati nel latte, nel liquido amniotico, nelle bolle di penfigo, nell' idrocele sifilitico.

3. La cura mercuriale non influenza in maniera sensibile l'esito della reazione,

4. La ricerca degli anticorpi in individui non sifilitici risultò costantemente negativa, il qual fatto costituisce una riprova della specificità della sierodiagnosi.

5. Reazione di Wassermann positiva significa che l'individuo è oppure fu sifilitico, mentre una reazione negativa non può escludere in via assoluta l'infezione.

O. VIANA (Venezia) - *Di una possibile applicazione del principio della deviazione del complemento alla fisiopatologia ostetrica.*

Trattasi di un tentativo di utilizzare il principio di Bardet per la ricerca di anticorpi specifici della gravidanza normale e patologica.

Si fecero degli esperimenti sopra alcune gravide sane ed ammalate di forme proprie della gravidanza (albuminuria ed eclampsia con una tecnica analoga a quella adoperata per la sierodiagnos della sifilide. I risultati finora ottenuti sono stati negativi.

P. GAIFAMI JUNIOR (Roma) - *Sulla cura delle mastiti puerperali suppurate.*

Di fronte a un focolaio di flogosi mammaria è opportuno d non protrarre eccessivamente l'aspettazione nella fiducia — troppo spesso fallace - di una risoluzione spontanea. Sarà invece bene di intervenire più spesso in uno stato iniziale sulla guida di una o più punture esplorative praticate appena possa aversi il sospetto dell'esistenza di una raccolta purulenta per quanto limitata. Quando si possa aggredire il focolaio suppurativo in uno stadio iniziale non è necessario di praticare senz'altro l'incisione ampia abituale col bistourì; sarà sufficiente vuotare il pus per aspirazione ed espulsione traverso una o due aperture fatte con un piccolo trequarti; detersa poi il più completamente possibile la cavità residua - per esempio mediante una specie di lavaggio ripetuto con soluzione fisiologica - si istituiranno delle medicazioni con soluzione di argento colloidale elettrico iniettato nel focolaio stesso.

Dopo pochi giorni di tale trattamento il focolaio morboso volge a guarigione. Quando si è sicuri della cessazione completa di ogni processo suppurativo si potrà sospendere l'uso dell'argento colloidale, limitandosi ad usare sostanze che eccitino la risanazione del tessuto, per esempio la tintura di iodio.

S. SERAFINI - *Il chirosotere nella pratica ostetrica d'urgenza.*

Il chirosotere, per la sua proprietà di aderire perfettamente alla pelle, formando una sottile pellicola in cui restano inclusi i germi patogeni, può essere adoperato con grande vantaggio quando l'urgenza del caso impedisce di praticare la disinfezione delle mani,

Nei casi in cui fu adoperato dette sempre ottimi risultati. Si limita tuttavia a segnalarlo semplicemente a quei colleghi che ancora non lo conoscessero, senza trarre assolute conclusioni.

M. CATURANI (New York) - *Intorno a qnattro casi personali di chorioepitelioma.*

WELPONER (Trieste) - *Casistica sulla rottura spontanea dell' utero in gravidanza.*

E. ALFIERI (Pavia) - *Sul significato delle metrorragie atipiche e delle alterazi ni dell' endometrio accompagnanti lo sviluppo dei tumori ovarici.*

P. G. SPINELLI (Napoli) - *Intorno a un caso di lipoma addominale retroperitoneale.*

A. P. RICCI (Napoli) *Di un caso raro di tumore cistico dell' utero.*

GAIFAMI P. JUNIOR (Roma) - *Considerazioni cliniche e osservazioni istologiche su 50 casi di carcinoma primitivo dell'utero.*

P. G. SPINELLI (Napoli) - *Risultati remoti del trattamento conservatore nella chirurgia dei fibromi uterini.*

F. D'ERCHIA (Bari) - *Per la terapia chirurgica del prolasso della vescica urinaria.*

C. FERRARESI (Camerino) - *Contributo alla terapia operativa del prolasso genitale senile.*

C. FERRARESI (Camerino) - *Le azioni cata'itiche placentari e il metodo microscopico.*

Il Congresso, importante e riuscitissimo sia per il numero dei soci intervenuti da tutte le provincie d'Italia, sia per i numerosi aderenti, per le relazioni e per le comunicazioni presentate, fu favorito dall' ospitalità regale della Città di Genova che offrì agli ostetrici italiani una colazione e un pranzo al Lido d'Albaro ed uno spettacolo al Politeama Margherita, e dal prof. Bossi, Direttore della Clinica Universitaria, che invitò i colleghi ad uno spettacolo al Politeama Genovese dato in loro onore e ad una gita con sontuosa colazione alla Vetta di Portofino (*) ed a Rapallo.

L'anno venturo, la 15.a Riunione della Società Ostetrico-Ginecologica avrà luogo in Roma. Come temi per la discussione furono scelti « la misurazione del bacino » (relatore il prof. Ermanno Pinzani della R. Università di Pisa) e « la diagnosi e cura della gravidanza tubarica » (relatore il prof. Spinelli dell'Università di Napoli).

Fu pure presa in considerazione la proposta del socio professor Montuoro, sostenuta dal prof. Bossi, che, nel prossimo anno, la Società faccia pratiche per una seduta collegiale con la Società Psichiatrica Italiana, allo scopo di discutere coi psichiatri e nevropatologi i rapporti reciproci che intercedono tra le forme ginecologiche e quelle del sistema nervoso.

Nella seduta amministrativa di chiusura del Congresso di Genova furono nominati a nuovi soci i seguenti dottori: Renato Medri, Luigi Franco, Valerio Artom di S. Agnese, Angelo Biasotti, Ubaldo Vallebona, Renato Pirani, Domenico Donzella, Sabino Balducci, Antonio Comolli, Attilio Lojacono, Ubaldo De Barbieri, Alberto Ravano, Mario Ciulla, Benedetto Cuneo, Giovanni Boggiano, Michele Bolaffio ed Enrico Arpini.

PATELLANI - REBAUDI.

(*) Allo *Champagne* l'egregio consocio Dott. G. B. De Lorenzi di Intra improvvisò questo arguto brindisi in versi, che quale sintesi alata venne a chiudere l'importante XIV^a^ Riunione degli Ostetrici Italiani, cui Genova nostra col sorriso del suo cielo, l'incanto del suo mare e l'energia di sua stirpe ebbe a conferire luce, incanto e vivificante calore:

Quasi dieci anni or sono, in simile occasione
A Pavia, nella quinta ostetrica riunione,
Io presi la parola o il verso a meglio dire
Per inneggiare a un prospero e fecondo avvenire
Del nostro Sodalizio, che tutti ci raduna
Vari d'etá, di meriti, d'aspetto e di fortuna.
Mi sia quindi permesso, a intervallo lontano,
Di parlarvi ancor oggi con il cuore alla mano.
Da codesta incantevole punta di Portofino,
Che amorosa si slancia nel gran mare azzurrino,
Io levo un caldo brindisi faustamente augurale
A la Regina ligure, a Genova ospitale,
Per palagi superba, in terra e in mar possente,
Gloriosa del passato, nell'avvenir fidente,
Porto, gloria, presidio della patria diletta
E al Comun generoso, che ci pagò la retta,
E per bocca d'esimio collega ed assessore
Di nobili parole ci fè ieri l'onore!
Al Professore Bossi poscia a brindar v'invito
Ostetrico eminente, ginecologo ardito
Che dirige con saggio moderno intendimento
In Genova l'ostetrico speciale insegnamento:
Sociologo, scienziato di gran mente e gran cuore
La cui fama s'espande senza dilatatore:
De' molti pregi il numero egli ha in oggi aumentato
Mercè sua è Porto-fino per noi Porto-pagato:
Io spero che un tal fatto desti l'emulazione
E si abbia ogni Congresso il proprio Anfitrione!

Insieme a lui saluto, o Colleghi e Signori,
Quanti son convenuti illustri Professori,
Pestalozza, Ferroni, Truzzi, Clivio, Pinzani
L'amico Resinelli, Guzzon degli Ancarani.
Le promesse saluto dei giovani scienziati
E voi modesti pratici duramente provati.
Io saluto chi sale, chi è giunto, chi discende,
Della famiglia ostetrica per le varie vicende.
Tra le mediche branche scegliemmo la più bella
Curando solo donne mai non prendiam cappella!
Bevo pure alla Stampa ed ai pupazzettisti
Che adulando più o meno l'effigie ai Congressisti
Levarono per causa della viscosità
Il naso di Rebaudi alla celebrità!
Dopo quasi tre lustri la nostra Società
Può dirsi, senza scosse, giunta alla pubertà.
L'età dello sviluppo, ce lo insegna la scienza,
Richiede che si tratti con amore e prudenza:
Sappiamo quanto importi per la madre futura
Curar l'indice opsonico e il flusso di natura.
Così noi pur, colleghi, se uniti in un volere,
Pel sodalizio amato potrem presto vedere
Giorni fausti e gloriosi, sicchè suoni nel mondo
Anche il nome d'Italia per la scienza fecondo.
Ed io sono sicuro che il mio voto non falli
Finchè ci regga e guidi l'illustre Mangiagalli.
Quest'insigne Maestro, a cui facciam corona,
L'ostetricia italiana degnamente impersona.
Al creator del novo Milanese Istituto,
Coronato di Mirto, *io porto il mio saluto*
Del discepolo antico coll'immutato affetto
Perchè tutti vi uniate al mio brindisi schietto,
E la vision di gloria che egli accennò ier sera
Raggiunger ci fia dato sotto la sua bandiera!
Per conchiudere alfine, siccome il buon Luzzano
L'altro dì nel suo brindisi mi toglieva la mano,
Inneggiando, focoso, simpatico Assalonne
Al maschio Dio d'amore e alle gentili Donne.
Che la nota graziosa colla loro presenza
Portaron nell'accolta severa della scienza,
Io levo il mio bicchiere a più superba altezza,
O Venere dei Medici, bevo alla tua bellezza!
Con questo caldo voto finir mi sia concesso
Plaudendo al quarto decimo ben riuscito Congresso.
O figli di Lucina, un ultimo bicchiere!
Sperando come il primum *vi debba* non nocere!

G. B. De Lorenzi.

APPENDICE

PER LA RICERCA DELLA PATERNITÀ

Il divieto della ricerca della paternità tuttora esistente in Italia costituisce una delle più barbare deficienze della nostra legislatura.

Gli ostetrici che ogni giorno si trovano di fronte a casi i più pietosi di infelici e incoscienti ragazze di 20, 19 ed anche di 17, 16 anni gestanti che essendo nella impossibilità di mantenere e allevare i propri figli sono obbligate ad affidarli ai brefotrofi (talora anche con non lievi difficoltà);

Gli ostetrici che quasi ogni giorno assistono al sciagurato caso di infelici giovinette che per soffocare il rimorso e il dolore di vedersi strappato dal seno il figlio si danno alla vita di *debauche*;

Gli ostetrici più di ogni altra classe di cittadini devono occuparsi di tale grave problema *ed hanno più di ogni altro la veste per occuparsene.*

Il nostro Direttore da anni, e alla Camera dei Deputati, e nelle sue conferenze e nei suoi scritti insiste su tale fatto.

Ora egli ebbe l' ottima idea di portare la questione in seno al Consiglio Provinciale di Genova, e quivi ottenne una vera vittoria che vorremmo fosse incitamento ai colleghi, che siedono nei Consigli Provinciali delle altre Regioni di ripetere lo stesso atto e quindi la stessa propaganda.

Riproduciamo qui l' ordine del giorno votato nella seduta del 7 Maggio e un breve riassunto della discussione, quale troviamo nei giornali di Genova di quell' epoca, facendo rilevare che i varî consiglieri che presero favorevolmente la parola appartengono a varii partiti politici, e ciò per dimostrare che la questione deve essere trattata *apoliticamente.*

CONSIGLIO PROVINCIALE DI GENOVA

Seduta del 7 Maggio 1908

LA RICERCA DELLA PATERNITÀ.

« E siamo alla proposta del cons. Bossi perchè il Consiglio Provinciale emetta un voto onde ottenere che il Governo solleciti l' approvazione di una legge che permetta la ricerca della paternità.

Tale sua proposta il prof. Bossi illustra brillantemente corredandola di dotte argomentazioni tratte in gran parte dalle sue preziose cognizioni di scienziato.

Rileva tutta la grande utilità sociale di una legge tutelatrice dell'infanzia abbandonata, dimostrando, cogli esempi degli Stati, in cui la ricerca della paternità è ammessa, come essa possa essere un argine e un coercitivo, per non dare alla luce degli illegittimi. Termina propugnando il seguente ordine del giorno:

« *Il Consiglio Provinciale, considerando che il compiesso problema degli infanti illegittimi, il cui onere sempre più grava sui bilanci delle Provincie, è intimamente legato a quello della ricerca della paternità, fa voti perchè il Governo acceleri anche in Italia l'approvazione di una legge che, permettendo tale ricerca, soddisfi nel contempo e ad un' impellente dovere di giustizia sociale e agli interessi finanziarî delle Provincie; si augura inoltre che allo scopo di ottenere una più vasta ed efficace manifestazione a questo voto si associno al più presto gli altri Consigli Provinciali della Na zione* ».

Risso con molta *verve* appoggia il concetto svolto da Bossi.

Massone si dichiara, a gran voce, avverso ad una legge che permetta la ricerca della paternità. Questa legge che non risolverà mai la questione dell' infanzia abbandonata, non è altro che il pretesto di manlevare la società dal dovere di pensare agli illegittimi.

Non crede possibile, con una riforma legislativa impedire un fenomeno sociale.

Ollandini è favorevole a che il consiglio emetta il voto proposto dal prof. Bossi, del quale, convinto femminista come egli è, voterà con entusiasmo l' ordine del giorno. Non è vero che la invocata legge sia una truffa legale, come ebbe a qualificarla Massone. Non sarà il toccasana, ma servirà a qualche cosa.

Palmieri a nome della Deputazione dice di accettare il voto di Bossi e pone assai bene la questione. Le idee di Massone, idealmente generosissime, egli dice, faranno tela... nell' anno duemila.

Per ora, anzichè nulla, accontentiamoci di fare modestamente qualche cosa.

Anche *Boggiano* plaude a Bossi.

Dopo di che, posto ai voti l' ordine del giorno, viene approvato all' unanimità con una dichiarazione di Massone conforme alle sue idee innanzi espresse ».

E' il caso di dire: *alea jacta est.*

L' iniziativa della Provincia di Genova deve essere imitata.

Per opera specialmente di signore energiche e volenterose sono sorti molti Comitati in Italia per promuovere un' agitazione al riguardo.

Nei primi giorni dell' apertura del Parlamento in tutti i maggiori centri vi saranno conferenze pubbliche su tale argomento.

Siano i ginecologi in questa occasione i più caldi apostoli di tale sacra riforma. E' questo il voto della *Ginecologia Moderna*.

La Redazione.

L' epidemia d' ittero grave nelle gestanti a Piombino.

A causa del ritardo nell' uscita del presente numero della « *Ginecologia Moderna* » *possiamo fornire dati interessantissimi intorno ad un' epidemia d' ittero grave nelle gestanti, che ha colpito la città di Piombino.*

Riportiamo a tal' uopo, quasi integralmente, un' intervista col nostro illustre direttore, pubblicata dal giornale politico milanese « Il Tempo » *in data 18 Novembre 1908.*

« Ho avuto anch' io notizia dal vostro giornale, che a Piombino infieriva un grave morbo, il quale, allorchè colpiva le donne incinte, ne provocava la rapida morte con sintomi d' itterizia profonda. Siccome si invocavano le autorità ad interessarsi del caso, onde studiarne le cause e prendere opportuni provvedimenti, e siccome già altre volte avevo avuto campo di studiare minutamente, nella Clinica da me diretta, forme morbose interessantissime e che parevano avere una stretta somiglianza con quella rapidamente accennata nel vostro telegramma, così decisi di inviare immediatamente sul luogo il mio primo assistente alla Clinica, dott. Stefano Rebaudi, con tutto il materiale necessario per lo studio della forma morbosa, della sua etiologia e per la cura necessaria.

Ecco che cosa potè rilevare il dott. Rebaudi:

Le tristi condizioni igieniche della città.

Piombino è un grosso paese di 15-17 mila abitanti, che ha avuto, in questi ultimi anni, a causa dell' impianto e dell' enorme sviluppo di alcuni stabilimenti metallurgici (alti forni, acciaierie, fabbriche di latta, ecc.), un aumento strabiliante di popolazione. La gente del luogo afferma che Piombino di 5-6 anni addietro era un paesetto di 4000-5000 abitanti che viveva solo del transito dei passeggieri e delle merci per l' isola d' Elba. Contemporaneamente a questo rapido ed enorme aumento di popolazione, che tuttora accenna a dilagare sempre più (giacchè le nascite sommano a 40-50 ogni mese), non potè svilupparsi con uguale proporzione il movimento edilizio. Nonpertanto gli sforzi dell' Amministrazione Co-

munale, veramente alacre, ed anche dell'iniziativa privata che fecero, sorgere nuove vie, altre prolungarono, costrussero nuovi edifici ed altri adattarono anche ad uso pubblico, lo spazio abitabile della città, si fece insufficiente ed anche non igienicamente adatto al numero enorme di abitanti, costituiti in maggior parte da gente nuova, avventizia, che certo non aveva e non ha in molta considerazione le norme comuni dell' igiene individuale e sociale.

Le acque potabili specialmente, il sistema di rimozione dei rifiuti rimasero quali erano. Le fogne scorrono e ristagnano allo scoperto, esistono numerosi i pozzi neri; in vicinanza delle fogne e dei pozzi neri si trovano pozzi dove si attinge acqua per bere e per gli usi domestici; la miglior acqua potabile del luogo, che sbocca nei pressi del porto, ivi giunge dalle vicine colline scorrendo nel sottosuolo sul quale si intersecano queste fogne primitive: fra l' altro decorre sotto l' edificio dell'Ospedale. Il prodotto delle fogne poi viene usato per la concimazione dei campi e delle verdure.

Pare non esista infezione malarica.

Date queste condizioni igieniche della città, ben si comprende come, sviluppandosi un qualche caso di morbo infettivo, propagantesi specialmente per via idrica ed alimentare, possa aversene subito un' ampia diffusione. E' quello che si è già veduto succedere per il tifo. Nella scorsa primavera si ebbe in Piombino un' infezione di tifo, che costò la vita a una dozzina di individui.

Come si presenta il morbo

Per quanto riguarda la malattia attuale, ecco quello che si può dire:

Fin dal maggio u. s. si notarono in Piombino dei casi di itterizia, che decorsero come le comuni forme catarrali e non attrassero per nulla l' attenzione dei medici: man mano però aumentarono i casi, sempre a decorso benigno; qualche donna gravida ne fu colpita e morì. Non vi si fece molto conto allora, e si credette in una pura accidentalità. Poi si accrebbe il numero dei casi; le donne andavano quasi fatalmente alla morte in breve tempo, e allora i medici si impressionarono e cominciarono a vedere ed a studiare il nesso che poteva esistere fra itterizia e stato gravidico. E videro appunto come su 13 donne defunte, 11 fossero gravide, 1 in periodo mestruale e l' altra vecchia e già carica d' infermità; altre quattro donne gravide, colpite dall' istesso morbo, poterono cavarsela ed ora sono in via di guarigione.

Il decorso clinico fatale del morbo è rapido: pochi giorni di incubazione, con disturbi gastro-intestinali, colore subitterico, poi itterico, lieve movimento termico, subentra la sonnolenza, il coma, qualche scossa coreiforme, e poi succede il decesso.

L' andamento clinico era pressochè identico in tutti i casi e, in genere si aveva l' interruzione spontanea della gravidanza.

Quella che rimaneva oscura era l' etiologia, la patogenesi del

male, e per questo si invocarono provvedimenti presso la Provincia e presso il Governo, e fu inviato sul luogo il dott. Baiardi dell' Ufficio di Sanità Pubblica.

Mancava il materiale per gli studi opportuni ed occorreva fornirsene onde chiarire i vari problemi che si affacciavano. Difficile era ricostruire tutto l' andamento epidemiologico della malattia, giacchè sino a questi ultimi tempi i casi comuni non venivano registrati e solo si conoscevano i casi gravi e mortali. Non si era fatta nemmeno nelle defunte alcuna indagine anatomo-patologica, che molta luce poteva gettare.

Quando arrivò il dott. Rebaudi, ebbe campo di vedere — in questo gentilmente guidato dall' egregio prof. Mori, direttore del-Ospedale Civico — quivi ricoverate tre donne colpite da ittero gravé, in cui si era interrotta artificialmente la gravidanza: una donna venne dopo breve tempo a morire, le altre due sono sulla via di una lenta guarigione.

Di questa giovane donna fu possibile eseguire l' autopsia, e fu la prima, dalla quale risultò trattarsi d' un atrofia acuta del fegato. L' autopsia fu fatta alla presenza del dott. Baiardi, del medico provinciale, del direttore dell' Ospedale e dei suoi assistenti, del dott. Rebaudi.

Furono (dal dott. Baiardi e dott. Rebaudi che avevano portato seco tutto l' occorrente) raccolti e fissati in varî liquidi per lo studio minuto istologico, pezzi di tutti i visceri; furono fatte colture del sangue del cuore, della bile, del succo del fegato e della milza, E speriamo che questi studî, cui seguiranno rapidamente altri. valgano a darci qualche lume al riguardo.

Rimedî clinici e sociali

Secondo me — ha soggiunto il cortese intervistato — si tratta di un' atrofia acuta del fegato, insorta nelle donne incinte, durante il corso di un' epidemia d' ittero: atrofia del fegato, la quale per lo speciale momento di epidemia in cui sorge, potrebbe ritenersi (dico questo senza voler precorrere gli eventuali reperti ottenuti coi vari esami istologici, batteriologici e culturali) d'origine tossinfettiva, appunto dovuta probabilmente agli stessi germi che mantengono le comuni forme lievi, e che nell' organismo puerperale si esaltano grandemente, riuscendo a sopraffare le già scosse condizioni vitali del fegato, che in un tempo rapido va incontro ad una cospicua distruzione cellulare.

Per rapporto alla cura, noi siamo fautori dell' interruzione rapida della gravidanza, la quale però dev' essere fatta, se si vuole ottenere qualche buon risultato, alla comparsa dei primi sintomi itterici. A tal uopo il mio assistente dott. Rebaudi ha portato con sè il mio dilatatore uterino ostetrico. Questo intervento può, nel caso, essere coadiuvato dal salasso e dall' ipodermoclisi di soluzione fisiologica.

Queste sono le cure, allorchè l' infermità ha già colpito la donna; ma ben più opportunamente si agirebbe se si intervenisse energicamente con norme profilattiche ben condotte. Giacchè non è possibile isolare le forme itteriche lievi, che sono specialmente quelle che disseminano il morbo, occorrerebbe salvaguardare in qualche modo le donne incinte: è la vita di una madre di famiglia cui son devolute gravi responsabilità sociali — di due esseri, che sono in giuoco, e la cosa deve preoccupare moltissimo.

Difendiamo con opportuni mezzi le gravide, e poi interveniamo in modo radicale, contro il possibile ripetersi di queste tristi epidemie. Diffondiamo norme igieniche, onde promuovere lo sfollamento, tracciamo un opportuno sistema di rimozione dei rifiuti, costruiamo un ottimo acquedotto: in tal modo avremo agito profilatticamente, in modo energico contro le future infermità epidemiche.

Certo che in questa profonda, ma veramente sentita ed indispensabile riforma edilizia, richiesta da questo e da altri paesi, le amministrazioni comunali debbono per forza di cose, dichiararsi insufficienti; ma concorrano in modo equo la provincia, il Governo. Questo doveroso intervento soltanto può fare argine validamente al dilagare della gravissima epidemia ».

La Redazione.

Matteo Oppecini, *Gerente responsabile.*

Stab. Tip. G. B. Marsano, *Corso Buenos Ayres, 21 - Genova.*

Anno I. Novembre 1908. Fasc. 11

LA GINECOLOGIA MODERNA
Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia
E DI
PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

PARTE I.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Genova
DIRETTO DAL PROF. L. M. BOSSI

Per la misurazione della coniugata diagonale

nella pratica ostetrica

PEL DOTTOR STEFANO REBAUDI, ASSISTENTE

Argomento di interesse capitalissimo nel campo della diagnostica ostetrica, sopratutto per le importanti deduzioni cliniche ed i gravi e non sempre innocui corollarî terapeutici, è senza dubbio la valutazione in donna vivente della coniugata vera, ossia della distanza che intercorre fra il promontorio sacrovertebrale ed il punto più sporgente della faccia posteriore della sinfisi pubica.

Numerosissimi adattamenti più o meno ingegnosi, tesori di meccanica sottile e non di rado iperbolica, costruzioni più o meno forbite, metodi e tecnica d'esame, manualità e istrumenti sottili e minutissimi furono per opera, possiamo dire, degli ostetrici di tutti i tempi e di tutti i luoghi escogitati, ideati, descritti, costrutti e messi in uso allo scopo di addivenire nel modo più esatto, facile, semplice, spedito, pratico, innocuo alla misurazione di questo importantissimo diametro del bacino muliebre.

Tutti gli ostetrici grandi e piccoli vollero occuparsi di questo interessante ed arduo quesito, e numerosissimi lasciarono una qualche traccia più o meno vitale di opera loro.

Velpeau, Ramsbotham, Scanzoni, Stein il vecchio, Stein il giovane, Guillemot, Delamotte, Boer, Ritgen, Simon Tomas, Sin-

clair, Playfair, Barovero, Mayer, Starck, Kurzwisch, Koeppe, Wigand, Simeon, Ioumelin, Aitken, Osiander, Devilliers, Martin, Bourchardt, Galbiati, Coutouly, Desberger, Salomon, Beck, Breit, Freund, Crouzat, Abauzit, Van Huevel, Tibone, Küstner, Créve, Wiedmann, Asdrubali, Pajot, Greenhalgh, Tarnier, Kiwisch, Germann, Oliveti, Boivin, Chimenz, Wasseige, Rizzoli, Grillenzoni, Wellenberg, Amand, Lauwers, Hubert, Baudelocque, Chaussier, Davis, Collin, Depaul, Cuzzi, Budin, Stanesco, Toralli, Lambrecht, Kehrer, Capezzi, Frascani, Sacchi, Farabeuf, Lazarewitch, Raimbert, Robin, Howitz, Routh, Szymarowsky, Inverardi, Winckler, Faust, von Herff, Bayer, Neumann, Ehrenfest, Skutsch, Gigli, Bylicki, Ahlfeld, Gauss, Zweifel, ecc., ed altri ancora di cui con tutta probabilità mi sarà sfuggito il nome in questa rapidissima rassegna, indicarono metodi e forniscono istrumenti a tal scopo ideati.

Sorsero così i varî metodi di misurazione diretta ed indiretta, manuale e strumentale; sorsero i varî pelvimetri interni, esterni e misti, coi quali si misura direttamente la coniugata interna dalla vagina (Stein il vecchio, Barovero, Simon, Stein il giovane, Starck, Kurzwisch, Koeppe, Wigand, Ioumelin, Capezzi, Aitken, Osiander, Devilliers, Martin, Bourchardt, Galbiati, Coutouly, Desberger, Salomon, Beck, Breit, Freund, Crouzat, Farabeuf, von Herff, Ahlfeld, Gauss, Zweifel, ecc.), dal retto e dalla vagina (Boivin, Chimenz), dall'uretra e dalla vagina (Kiwisch, Germann, Oliveti, Gigli, ecc.), od indirettamente dalla valutazione del diametro esterno del Baudelocque (Baudelocque, Chaussier, Davis, Depaul, Collin, Amand, Budin, Stanesco, Toralli, Lambrecht, Martin, Kehrer, Kiwisch, ecc.), del diametro misto sacro-soprapubico (Coutouly, Boivin, Ritgen, Wasseige, Van Huevel, Rizzoli, Grillenzoni, Wellenberg, Amand, Lauwers, Hubert, Winckler, Skutsch, ecc.), e del diametro interno promonto-sottopubico o coniugata diagonale (Metodo classico, Stein, Créve, Aitken, Wiedmann, Asdrubali, Pajot, Greenhalgh, Tarnier, ecc.)

Metodi questi varî e numerosissimi dei quali però nessuno ha corrisposto pienamente: la maggior parte sono rovinati del tutto e rimangono se non quali sterili tentativi e quali documenti storici nell' armamentario retrospettivo dell' ostetricia; alcuni si reggono solamente per opera dell' ideatore e della sua scuola, che con costanza, certo degna di miglior proposito, continua a prodigare cure paterne al proprio degenere nato; solo pochi resistono, pur molto bistrattati, alla critica severa.

Di questi ultimi, meglio quotati, primo fra tutti è rimasto un metodo di misurazione indiretta interna, pel quale si addiviene alla valutazione della coniugata vera a mezzo dei valori ottenuti per la coniugata diagonale o diametro promonto-sottopubico. Metodo questo, che se non è molto preciso, giacchè occorre rintracciare il punto più sporgente del promontorio sacrovertebrale, il che non sempre riesce con sicurezza; giacchè occorre fissare il punto che corrisponde al margine inferiore della sinfisi pubica, il che è difficile indicare con precisione, ed occorre ancora tener conto dell'altezza,

dello spessore, dell'inclinazione della sinfisi pubica per rapporto al promontorio sacrovertebrale, presenta il grande pregio specialmente nella pratica ostetrica e nella clinica corrente di potersi valutare colla massima facilità e speditezza con nullo nocumento e disagio per la paziente.

La maggior parte dei clinici infatti e la totalità dei pratici, a questo metodo ricorrono concordi, affermando chiaramente per tal unanime consenso la superiorità sua sugli altri metodi rapidamente più sopra accennati.

Accettato dall'universalità degli ostetrici, il metodo di misurazione della coniugata diagonale quale più netto indice di coniugata vera, vi fu divario intorno alle modalità da tenersi nella valutazione sua. Così molti seguirono e tuttora seguono, e sono i più, il proposito di segnare sull'indice esploratore la distanza che corre fra il promontorio sacro-vertebrale e l' arcata sottopubica, che vien ridotta poi in centimetri a mezzo d' un comune nastro a metro, o di un'asta graduata di vetro o di metallo facilmente sterilizzabile, o dell' esplorato-misuratore del dott. Giovanni Maria Oreste di Aquila; altri invece forse, allo scopo di rendere più perfetta, più facile e più precisa la lettura, hanno voluto sostituire in parte od in totalità al dito esploratore degli strumenti all'uopo ideati.

Così Stein il vecchio, Aitken, Wiedmann sostituirono del tutto il dito con apparecchi fondamentalmente costituiti da due asticine rigide, una da porsi col suo estremo distale in corrispondenza del promontorio sacrovertebrale, l'altra all'arcata sottopubica; Créve con un'asticina metallica, da porsi col suo estremo distale contro il punto più sporgente del promontorio sacrovertebrale, donde viene sotteso un filo, che toccando nell'uscire dai genitali l'arcata sottopubica, misura il tratto compreso fra i due punti ossei; Asdrubali e Pajot allo scopo di raggiunger meglio il promontorio, munirono l' indice di un ditale di metallo, cieco laceratore delle parti molli, dotato d' un' asta graduata a guisa di coda da porsi in rapporto colla superficie radiale dell'indice; Greenhalgh, Tarnier, recentemente Hoerder ed altri ancora, allo scopo di poter fare una lettura metrica diretta, hanno costruito degli speciali apparecchi, che, pur facendo uso del dito esploratore, ne limitano più o meno le sue provvidenziali e capitalissime qualità.

Adattamenti e modalità diverse di tecnica nella valutazione della coniugata diagonale in donna vivente, le quali tutte presentano chi per un verso chi per un'altro, inconvenienti non lievi, cui a malincuore viene adattandosi l'ostetrico intelligente.

Così la misurazione della coniugata diagonale, fatta introducendo il dito indice in vagina alla ricerca del promontorio e valutando con un metro a nastro la distanza, che intercede fra l'apice del dito ed il punto toccato dall'arcata sottopubica, se è manualità semplicissima, innocua, spesso facile e clinicamente a sufficienza efficace, pur facendo astrazione dai valori suoi, che per la cagioni già dette, son molto approssimativi, presenta l' inconveniente non lieve

di richiedere una seconda persona immobilizzata a stirare il nastro a metro, donde otterreme con lontana approssimazione la giusta misura, pur avendo cura di sovrapporlo direttamente al dito, con che si viene a perdere la sterilizzazione sua; e nuove e prolungate manovre si richiedono nel caso debbansi praticare, come di frequente suole avvenire, nuovi riscontri. Si è ovviato bensì all'inquinamento del dito esploratore, usando quale misura un decimetro in vetro od in metallo che si sterilizza previamente colla ebollizione; ma il risultato pratico è sempre più fuggito, giacchè in allora abbisogna un istrumentino speciale, che si deve far bollire, occorre l'altra mano sia mantenuta sterile, il che porta un po' di impedimento in tal genere di indagine diagnostica, oppure occorre avere pur sempre un aiutante colle mani sterili che presenti l'asticina graduata al dito.

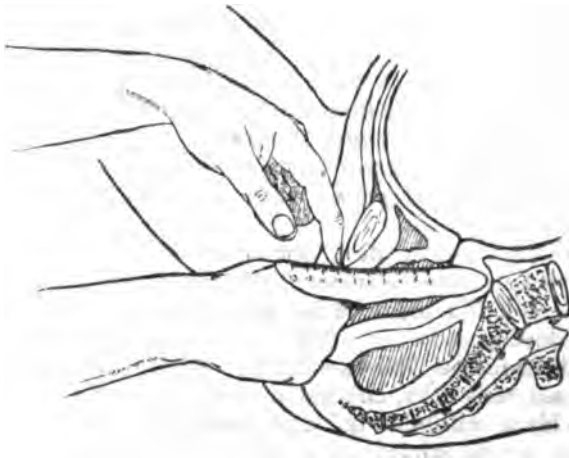
Non parliamo poi delle modificazioni varie strumentali apportate al metodo classico della pelvimetria digitale propriamente detta, che come afferma anche Inverardi, *oltre all'aver tutti i difetti proprî del metodo classico, ne hanno ancora dei proprî.*

Infatti se alcune fra esse, presentano una problematica utilità dal lato della maggior precisione apparente dei reperti di misurazione, tutte indistintamente hanno il grave capitale inconveniente di falsare, complicare, render ancor più infida l'indagine diagnostica; obbligandoci ad acquistare, ad aver sempre alla mano, a sterilizzare ad ogni volta (il che non riesce sempre facile) un apparecchino, il quale, nel mentre richiede per il suo ottimo uso di una certa tecnica non sempre facile e sicura, donde una non lieve perdita di tempo, riesce sempre di applicazione dolorosa alla paziente, che talora vi si ribella od a malincuore vi si presta; e non di rado può ledere le parti molli flaccide ed edematose della gravida; senza considerare poi, che nel loro uso, essendo in alcuni abrogato il dito esploratore ed in altri essendo costretto e limitato più o meno nelle sue attività, si viene appunto ad eliminare in tutto od in parte l'elemento più intelligente, l'elemento essenziale fine e cosciente, che tanto giova nel metodo classico di valutazione della coniugata diagonale.

Rovinarono quindi nella pratica e nella clinica questi varî strumenti ideati, costrutti e proposti per la misurazione della coniugata diagonale in donna vivente, e ne rifulse maggiormente comprovato l'efficace ausilio, che a noi apporta nel campo della diagnostica ostetrica dei bacini viziati l'indice esploratore.

Nessun metodo od istrumento supera sulla vivente la misurazione fatta col dito, dice Inverardi, profondo scrutatore di questioni pelviograche; *le doigt constituait le meilleur des pelvimétres* affermano Tarnier, Budin, Bonnaire. *Assurément on n'arrive pas à des résultats absolument mathématiques, mais avec l'habitude on obtient des résultats dont la précision laisse en réalite peu de chose à désirer* (Depaul); e poi qual'è mai quell'altro pelvimetro ingegnoso, che ci possa rivelare la forma e la grandezza, i restringimenti parziali

e generali, le esostosi, i tumori, le irregolarità varie del bacino, il grado di elevazione e di abbassamento del promontorio sacro-vertebrale, l'esistenza di falsi promontori, le varietà di altezza, inclinazione e spessore della sinfisi pubica?

Ed è appunto della nostra mano, del nostro dito esploratore, di questo prezioso pelvimento, munito di tutte le sue squisite sensibilità, dei suoi svariati e liberi movimenti, della sua cosciente e perspicace avvedutezza, intimamente e strettamente corredato di una nuova dote indispensabile ad ogni vero pelvimetro (quale è la proprietà di misura accuratissima) di cui io feci uso in questa mia nnovazione al metodo classico di computo metrico della coniugata diagonale in donna vivente.

Da pochi anni fu introdotto nel campo ostetrico l'uso dei guanti di gomma: pratica che sebbene dispendiosa molto ha trovato specialmente in Germania una benevolissima accoglienza ed un ampia ed universale diffusione. I guanti di gomma in alcuni paesi sono ormai usati quotidianamente: non si fa più alcuna esplorazione ostetrica, non si pratica più alcun benchè lieve intervento, se la mano non è calzata di un guanto sottilissimo di gomma, che nel mentre ci garantisce di una sua assoluta asepsi, non ne toglie affatto i liberi movimenti, le sue squisite sensibilità.

Orbene, risveglia un vero senso di meraviglia il pensare come da questa larga diffusione e da questo quotidiano uso dei guanti nella pratica ostetrica, alcuno non abbia finora posto mente a quanto io, ritenendo cosa ovvia, naturale, quasi spontanea, non mi decidevo a render noto per tema di incorrere in una novità bianca *per antico pelo*.

Tracciando sul lato radiale del guanto, che riveste il dito indice della mano esploratrice, una scala graduata in centimetri, mezzi cen-

timetri e decimi di centimetro, la quale iniziatasi all'estremo distale procede verso l'estremo prossimale suo, noi avremo trasformato il nostro dito indice, che fino a prova contraria è da ritenersi il miglior pelvimetro interno, in un pelvimetro esattamente graduato, su cui direttamente può leggersi la lunghezza della coniugata diagonale.

Questo fu il concetto mio informatore, che tradussi in pratica come appresso.

Scartai l'uso dei guanti per diverse ragioni, ed adottai un semplice dito di guanto da applicarsi all'indice esploratore: dito indice che per se solo è sufficientissimo a qualunque diagnosi di bacino viziato. Giacchè sarebbe inutile il dirlo, ma pure ci si impone per ovviare al cattivo vezzo, in molti invalso, di servirsi di due dita, indice e medio nella misurazione della coniugata diagonale: *allorquando il dito di un osservatore destro ed esperimentato non arriva coi noti artifizi a raggiungere il promontorio, si rende inutile ogni altro adattamento od istrumento che lo raggiunga più facilmente* (Inverardi), dappoichè *quand... l'index ne peut arriver sur le promontoire, le bassin est normal* (ed a noi praticamente nulla giova conoscerne la lunghezza); *quand au contraire il peut l'etteindre, il y a viciation* (Auvard).

Dito di guanto che deve obbedire a diverse qualità.

Anzitutto occorre calzi bene, ed a tal uopo al lato della piega interdigitale col dito medio e col pollice non deve incontrare alcuna resistenza; deve scendere con un sufficiente padiglione sulla radice del dito, adattandovisi liberamente; dev'essere costrutto di materiale dotato di tale resistenza, che nel mentre limita se non in lieve grado la netta e chiara sensibilità del dito esploratore, sia talmente elastico da ritornare, anche stirato, in modo completo sopra se stesso, non falsando mai i precisi dati metrici.

A tal uopo adottai un tipo di dito di guanto, fornitomi dalla casa Halphen di Milano, costrutto in cautciù foglia segata, dello spessore di circa $^1/_2$ mill., munito di una opportuna appendice prossimale ampiamente svasata in corrispondenza della piega interdigitale col dito medio e che s'adatta perfettamente alla radice dorsale dell' indice esploratore. A cavaliere del suo lato radiale è segnata in maniera indelebile, a cominciare da 4 centimetri dall'estremo distale e procedendo prossimalmente sulla restante superficie digitale e sull'appendice, una scala metrica divisa e suddivisa accuratamente in centimetri, mezzi centimetri e decimi di centimetro, di cui i singoli centimetri son segnati in chiari caratteri, per modo da permettere una accurata e rapidissima lettura.

Il dito di guanto così conformato e costrutto dovrà avere al lato suo radiale una lunghezza costante leggermente superiore ai 13 cent.; dove deve variare, onde adattarsi alle diverse dimensioni delle dita esploratrici, è dal lato cubitale. E' per questo appunto che si costruiscono dita di guanto di quattro lunghezze adattabili quindi alle diverse misure.

Facile ne sarà l' uso.

Previa sterilizzazione delle mani e del dito di guanto, coi metodi all'uopo indicati, di cui ottimo si dimostra (Caliri) quello proposto da Fromme e Gawronsky, calzato il guanto al dito esploratore, seguendo le norme classiche insegnate dai trattatisti nel metodo classico digitale di misurazione della coniugata diagonale, si va alla ricerca del punto più sporgente del promontorio sacro-vertebrale, e raggiuntolo, e fissatolo coll' apice del dito esploratore si segna sul lato suo radiale, ove esiste la scala metrica, coll'indice della mano opposta il punto preciso toccato dall'arcata sottopubica. Si ritira allora il dito esploratore e direttamente sulla graduazione segnata sul guanto si legge la lunghezza della coniugata diagonale, donde a mezzo dei calcoli all'uopo indicati si addiviene alla valutazione della coniugata vera.

In tal modo noi da soli, anche a domicilio, negli ambienti i meno adatti (bastando per la accurata sterilizzazione del dito di guanto una buona lavatura con acqua e sapone e un' immersione in soluzione di sublimato), con un lieve dispendio, con un minimum di manualità, nell' atto in cui si sta compiendo un semplice ed innocuo riscontro vaginale, riusciamo a misurare nei bacini viziati col massimo di precisione possibile (giacchè la valutazione della coniugata diagonale fatta col metodo digitale classico per quanto si possa raddoppiare in oculatezza è sempre approssimativa), a mezzo del nostro dito indice, già di per sè pelvimetro sapiente ed ora per questo nuovo banale, ma opportunissimo adattamento, pelvimetro metrico diretto, la coniugata diagonale, ossia la distanza che intercede fra la parte più sporgente del promontorio sacro-vertebrale e l'arcata sottopubica.

Adattamento proposto, il quale se ha tutti i difetti del metodo classico, ne possiede anche i pregi, anzi ne possiede uno di più e di non lieve importanza: quello cioè di aver nel dito esploratore un diretto istrumento di chiara e netta misura lineare.

Il dito dell'ostetrico, che è da ritenersi, come afferma Inverardi, anche nella diagnostica dei bacini viziati, la *bussola dell' ostetrico*, viene ad essere trasformato per questa semplice ed ovvia modificazione in una bussola diligentemente ed accuratamente calibrata per il nostro speciale uso.

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Genova

DIRETTO DAL PROF. L. M. BOSSI

RICERCHE SPERIMENTALI E CLINICHE

sopra l'azione del formiato di sodio sull'utero

PEL DOTT. GIULIO CARLI, ASSISTENTE

L'uso dell'acido formico risale a tempi antichissimi. Si usava nelle più svariate forme morbose e godeva larghissima fama specialmente come ricostituente e tonico generale: gli si attribuiva speciale azione come stimolante della funzionalità genesica. Lo *spiritus formicarum,* estratto alcoolico di formiche, si usava sulle piaghe, ulcerazioni croniche, torpide, eruzioni cutanee, nelle nevralgie ribelli, nei dolori reumatici e gottosi, nelle paralisi d'ogni specie e in tutti i casi in cui occorreva combattere l'atonia, l'inerzia dei muscoli. L'*acqua di magnanimità* di Hoffmann fu famosa: era un alcoolato di formiche composto, preparato con formiche, cannella e altre sostanze aromatiche: l'acqua di magnanimità, secondo Lémery (1697) « *è atta a ravvivare lo spirito, a disciogliere e risolvere gli umori freddi, ad eccitare la secrezione dello sperma, a far resistere al veleno* ». L'*olio di formiche,* preparato con formiche e con semi di ruchetta, si applicava sulle regioni renali, sulla pianta dei piedi per rianimare lo spirito e per provocare lo stimolo venereo. Saliti questi preparati in grande fama, dovevano subire la sorte di tutti i rimedi ai quali l'ignoranza e la superstizione avevano finito con lo attribuire qualunque proprietà curativa; caddero nel più completo oblìo: solo in Svizzera e in Germania se ne mantenne l'uso contro la gotta, il reumatismo, il gozzo e si continuò ad usare una tintura di formiche, per le sue proprietà diuretiche, nelle idropisie.

In tempi a noi vicinissimi incominciarono gli studi a base sperimentale e clinica sull'acido formico e sui suoi sali: ne vennero riconosciute le ottime proprietà terapeutiche e nuovamente si cadde nell'esagerazione: si volle attribuire all'acido formico ed ai suoi derivati proprietà curative nelle più svariate malattie, perfino nella tubercolosi e nel cancro, tanto che Huchard all'Accademia di Medicina di Parigi, nella seduta del 20 giugno 1905, credette doveroso porre un argine alle inconsulte esagerazioni, ai fanatici entusiasmi che facevano di questo farmaco la vera panacea universale. « Le applicazioni terapeutiche del formiato di sodio » disse « si sono estese oltre misura a così numerose e disparate malattie che questo medicamento, dotato di una reale azione terapeutica, quando sia

ben adoperato ed a modiche dosi, potrà un giorno essere accusato di fenomeni nocivi che bisognerà invece ascrivere al suo modo di somministrazione o di preparazione ». Pure Maramaldi pubblicò una memoria intesa a stabilire le precise indicazioni terapeutiche dei formiati, dopo aver constatato il vero abuso che di essi si faceva nelle più svariate forme morbose.

Ugo Schultz nel 1885 dimostrò le proprietà antisettiche dell'acido formico e lo credette l'antisettico migliore tra tutti gli acidi organici, non appartenenti al gruppo aromatico. Nello stesso anno Kocwacs trovò che l'acido formico ed il formiato di sodio aumentano l'eccitabilità dei centri e dei nervi motori e che hanno azione diuretica senza recare lesioni ai reni. Secondo questo autore l'acido formico sarebbe un potente vasocostrittore, mentre i formiati avrebbero un'azione vasodilatatrice: Arloing che si occupò anche dell' argomento ammette pure l' azione vasodilatatrice dei formiati alcalini. Garrigue (1902) crede l' acido formico e i suoi preparati specifici contro la tubercolosi e il cancro, Ravier li indica contro il reumatismo cronico, Polenov contro la polmonite. Come si vede, si raggiungono nuovamente le esagerazioni di cui accennai: occorrevano studi seri, esperienze numerose e guidate da sani criteri scientifici per stabilire precisamente l'azione di questi medicamenti.

Questo fece pel primo Clément nel 1904 e i resultati delle sue esperienze furono pienamente confermati da Huchard: l' acido formico aumenta la forza muscolare, accresce la resistenza dei muscoli alla fatica, agisce tanto sulla fibra striata che sulla fibra liscia, ha proprietà fortemente diuretiche. Se identici sono i resultati sperimentali a cui pervennero Clément e Huchard, differente sarebbe il meccanismo d'azione invocato dai due A.A.. Clément crede che vengano attivate le combustioni organiche, e di questa opinione è pure Belège: Huchard invece crede che sia ritardata la stanchezza dei muscoli perchè l'acido formico ha su di essi azione analgesica: Clément dice che se azione anestetizzante esiste questa si esplica sul sistema nervoso periferico, sui filetti nervosi intramuscolari, o modificando le sostanze ponogene prodotte dalla fatica muscolare. Marino riconobbe in questi farmaci un forte potere ematogeno e Maramaldi crede che si debba a questo potere i benefici loro effetti, pur non escludendo assolutamente le ipotesi di Clément e Huchard.

Conhi ottenne buonissimi resultati dall' uso dell' acido formico e dei formiati nelle affezioni reumatiche; Montefusco. Vitone, De Michele li indicano nei casi di neurastenia, esaurimento nervoso, debolezza organica; Bucco, Marino, Maramaldi, Gioffredi nelle anemie, clorosi; Kleber nel torpore intellettuale e nello spossamento fisico; Viallon, Alombert Goget, Convers, Salerni nella depressione mentale, lipemania, stupore cerebrale, melanconia, ecc.; Rochon, Polenov, Mandiola, Saldios nella polmonite fibrinosa.

Il Dottor Donato nell'Istituto di Scienze Biologiche di Napoli nella Sezione diretta dai Professori Gioffredi e Maramaldi trovò che

il formiato sodico come è un tonico dei muscoli della vita animale, riesce un tonico anche della fibra muscolare cardiaca. Non si può escludere, conclude l'A., un'azione del farmaco sul sistema nervoso intrinseco del cuore, perchè non vi è alcun mezzo nè sperimentale, nè farmacologico, che possa separare la funzione della fibra muscolare dalla innervazione intrinseca del cuore; ma, essendo da tutti ritenuto che il formiato sodico esplica un'azione elettiva sulla fibra muscolare tanto striata che liscia, per analogia è logico ammettere che la sua azione cardio-tonica si svolga con un meccanismo prevalentemente muscolare. Recentemente abbiamo due interessanti lavori clinici e sperimentali sull'azione dell'acido formico e dei formiati sul cuore e sul sistema circolatorio, lavori di Livierato della Clinica Medica di Genova e di Michelazzi della Clinica Medica di Pisa: Livierato ha potuto constatare sperimentalmente sugli animali un rafforzamento dell'energia sistolica e notevole aumento della pressione arteriosa: Michelazzi conclude che questi farmaci hanno un'azione eminentemente tonica sull'apparecchio circolatorio con rafforzamento dell'energia sistolica del cuore, che si traduce in un aumento notevole della pressione sanguigna: i benefici effetti sul cuore poi si esplicherebbero specialmente quando la funzione cardiaca è affievolita, od il miocardio compromesso da processi di alterazione della fibra muscolare: pure in casi di scompenso delle funzioni cardiache ottenne ottimi resultati.

Rabuteau è d'opinione che il formiato sodico si trasformi nell'organismo in carbonato: Grehant e Quinquand invece che si elimini per il sudore e in gran parte per le orine senza subire alcuna modificazione chimica.

Riguardo alla tossicità dell'acido formico e dei formiati abbiamo le ricerche di Clément e di Grehant; da esse resulta che è bassissima; recentissime sono le ricerche di Cappone, dalle quali resulta pure che è bassissimo il grado di tossicità di questi farmaci.

***

Era naturale, riconosciuta l'azione tonica sulle fibre muscolari striate e sulle liscie del formiato sodico, che sorgesse l'idea di studiarne l'azione sull'utero; infatti nel 1905 incominciano quasi contemporaneamente gli studi di Soli e di Noto. Noto comunicò subito all'XI.° Congresso Nazionale di Ostetricia e Ginecologia di Roma — Ottobre 1905 — i resultati di qualche sua esperienza: in due donne multipare, affette da inerzia uterina nel secondo periodo del parto, con presentazione di V = O. I. S. A., ebbe ad osservare in seguito alla somministrazione del formiato sodico (1 gr. in 120 di acqua aromatizzata e dolcificata) il rinvigorimento rapido delle contrazioni uterine e dei muscoli ausiliari in modo che il parto si espletò spontaneamente. Prima ancora che Soli facesse noti i resultati delle sue ricerche Miceli al XII.° Congresso della

Società Italiana di Ostetricia e di Ginecologia — Milano 1906 — comunicò sull' azione dei formiati e specialmente del formiato di sodio sulle funzioni genitali della donna: i formiati non avrebbero un'azione specifica nè sull' utero gravido, nè sull' utero vuoto: durante il parto il formiato di sodio, a dosi piuttosto elevate, può agire da eccitante generale come la china, l' alcool, ecc.; ma è da controindicarsi per la possibilità di uno sfinimento maggiore nei casi in cui il cuore sia alquanto affaticato: nelle donne mestruate i formiati diminuiscono il flusso; ma non hanno effetto sulle metrorragie determinantisi da uteri malati: nell' allattamento i formiati agiscono prontamente come lattifughi.

Soli che esperimentò su vasta scala il formiato di sodio, usando per via gastrica l'acido formico Merk a 20° Beaumé in una soluzione di bicarbonato di soda e per via ipodermica il Formagnolo Bouty, venne alle seguenti conclusioni: il formiato di soda non ha alcuna azione abortiva, nel senso cioè di interrompere innanzi tempo la gravidanza: esso, specialmente somministrato per via ipopermica, esplica azione ecbolica, la quale si manifesta breve tempo dopo l' applicazione del rimedio: l' azione ecbolica del formiato di soda è di breve durata relativamente al potere toni-muscolare che esso esplica sui muscoli volontari: esplica per via ipodermica il più delle volte la sua azione ecbolica in modo regolare: la contrazione uterina, da esso ridestata o rinforzata, pure presentando i caratteri propri alla contrazione uterina spontanea, è però nella maggioranza dei casi meno efficace di questa: in qualche caso raro, però, la contrazione uterina ridestata o rinvigorita dal formiato di soda è più duratura della norma e forse con ciò può essere in relazione l'insorgenza, talora, di sofferenze fetali: il periodo del secondamento, nelle donne assoggettate all' azione del formiato di soda, è accompagnato o seguito, più frequentemente che di norma, da metrorragia, che raramente però è grave: il formiato di soda può rendere ottimi servigi nel terzo periodo del parto associandosi la sua azione ecbolica colla facoltà sua di aumentare la potenzialità dei muscoli addominali volontari.

Un ultimo lavoro sull'azione del formiato di soda sull'utero è quello del Dottor Cappone: fu comunicato al XIII.° Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia — Roma 1907. Il Dottor Cappone fece una serie di ricerche sperimentali allo scopo di studiare l'azione abortiva ed ecbolica del farmaco: si servì di cavie a diverse epoche di gravidanza e usò il Formagnolo Bouty: la quantità di farmaco iniettato variò da caso a caso. Una prima serie di esperienze, intese a studiarne il grado di tossicità, dimostrò che questo è bassissimo concordemente a quanto trovò Clément e Grehant. In una seconda serie di ricerche, iniettato alle cavie il Formagnolo Bouty nella quantità voluta, abbandonava l'animale a sè, isolato e mantenuto in seguito sotto vigilata sorveglianza: mai osservò l' interruzione della gravidanza, e gli animali, dopo aver superato un breve periodo di depressione, alternato con qualche

scossa muscolare, si rimettevano completamente in poche ore. In un terzo gruppo di esperienze l'A. operava le cavie gravide di taglio mediano dell'addome, mettendo allo scoperto l' utero gravido, che proteggeva con garza bagnata di soluzione fisiologica tiepida: l'animale, così preparato ed operato, veniva posto in un apposito apparecchio, costituito da una scatola a doppio fondo e doppie pareti, il cui interno, mediante acqua calda, si manteneva a temperatura costante di 34° e la ventilazione era favorita da una pompa debolmente aspirante. La parte superiore dell' apparecchio, essendo di vetro, permetteva di osservare i fenomeni presentati dall'animale. In un esperimento preparatorio, volendo l'A. accertarsi che l'utero gravido non era indotto a contrarsi dalla semplice eccitazione prodotta dall' atmosfera ambiente, non praticò nessuna iniezione all' animale: l' utero si mantenne pressochè inerte fino a morte dell' animale. Iniettate allora altre cavie gravide, a diverse epoche di gestazione e così preparate, con dosi sempre crescenti di formiato, osservò che sotto l'azione del medicamento l'utero reagiva pressochè insensibilmente quanto più la gravidanza era da poco stabilita: la reazione dell'utero si fece maggiormente evidente più la gravidanza si avvicinava al termine: in due cavie, gravide quasi al termine, si stabilirono contrazioni uterine in ambo i corni, valide, ritmiche e peristaltiche, insufficienti però a determinare l'insorgenza del travaglio del parto: notò costantemente una notevole iniezione vasale del viscere che precedeva l'insorgenza delle contrazioni. Potè quindi concludere: che il grado di tossicità del farmaco è bassissimo, che iniettato ad animali gravidi, anche in dosi assai elevate, non manifesta nessuna azione atta ad interrompere la gravidanza, che è dotato di un certo grado di potere ecbolico, poichè negli animali gravidi al termine induce con facilità nell' utero contrazioni ritmiche e peristaltiche, che ha una notevole azione vasodilatatrice, la quale precede ed accompagna l' insorgere od il ripetersi della contrazione uterina.

***

Da tre anni nella nostra Clinica si usa il formiato di soda cosichè ora posso riferire sulla scorta di numerosissime esperienze: feci pure numerose ricerche sugli animali intese a studiare l'azione del farmaco sul muscolo uterino. Usai sempre, come Soli e Cappone, il Formagnolo Bouty che è un ottimo preparato: per via gastrica, sia in soluzione, sia granulato, è tollerato bene anche dagli stomaci più delicati: per via ipodermica viene assorbito rapidamente e le iniezioni sono indolenti: non ebbi mai, sia somministrato per via gastrica, sia per via ipodermica, il minimo inconveniente.

Riferirò da prima i resultati ottenuti dalle esperienze sugli animali. Mi servii di cagne, di coniglie e di cavie gravide a diverse epoche: feci, come il Dottor Cappone, tre serie di esperienze; la

prima intesa a saggiare la tolleranza degli animali al farmaco, la seconda intesa a studiarne l'azione abortiva, la terza l'azione ecbolica.

Mi è resultato che questo farmaco viene tollerato molto bene dagli animali. Lo iniettai sottocute e nella cavità peritoneale: le cavie (del peso tra i 900 e i 1000 grammi) sopportano sotto cute benissimo senza presentare fenomeno alcuno di intolleranza fino 8 cmc. di formagnolo (gr. 1.60 di formiato sodico); iniettati 9 cmc., in qualcuna ebbi ad osservare delle leggere scosse muscolari, seguite da paresi degli arti di brevissima durata: nella cavità peritoneale ne iniettai in cavie pure del peso tra i 900 e i 1000 grammi impunemente 4 cmc.; solo al 5.° cmc. e non in tutte, si notava un breve periodo di depressione, qualche scossa muscolare, lievi rialzi termici; in breve l'animale si rimetteva completamente. Le stesse esperienze, eseguite sulle coniglie e sulle cagne, mi dimostrarono una minore resistenza nelle coniglie e una resistenza di gran lunga maggiore nelle cagne: in cagne di tre chilogrammi per avere i fatti di intolleranza ottenuti in cavie di un chilogrammo occorreva iniettare nel peritoneo circa 6 gr di formiato sodico: sottocute ne sopportano quantità enormi

Per studiarne l'azione abortiva usai pure cagne, coniglie e cavie: gli animali iniettati venivano lasciati liberi nei loro scompartimenti dello stabulario e trattati come di consueto. Le cagne iniettate furono cinque: ebbi cura di iniettarle gravide di circa un mese; le iniezioni durarono sette giorni (4 iniezioni al giorno di 20 centigr.) e in nessuna si ebbe l'aborto. Le coniglie (dodici) e le cavie (ventiquattro) le iniettai quando erano gravide da 10 a 20 giorni circa: si ebbe l'aborto in una coniglia e in due cavie; nella coniglia, pur avendo usato la quantità di formiato usata per tutte le altre (2 iniezioni al giorno di 20 centigr. per tre giorni) si ebbero durante il secondo giorno fatti spiccati d'intolleranza seguiti il giorno dopo dall'aborto; era gravida di circa 20 giorni: le due cavie abortirono nello stesso giorno ciò che mi fa pensare a qualche causa estranea al formiato perchè è alquanto strana la coincidenza che su 24 cavie iniettate nello spazio di 7-8 mesi (a 1-2-3 per volta) con la stessa tecnica, con la stessa quantità proporzionalmente al peso, ne abbiano risentito proprio due sole e per di più contemporaneamente; ad avvalorare questa mia ipotesi stanno anche i seguenti fatti: una morì dopo tre giorni e l'altra fu per 6-7 giorni molto depressa: in quei giorni furono sofferenti e morirono altri animali: le autopsie non fecero rilevare nulla: io credo che queste sofferenze e queste morti si siano dovute al caldo eccessivo; lo stabulario, si noti, è a pareti sottili ed è esposto tutto il giorno ai raggi solari: in altre annate si ebbero le stesse sofferenze e le stesse morti durante le giornate più calde.

L'azione ecbolica la studiai osservando direttamente l'utero di animali gravidi iniettati: laparotomizzavo l'animale, mettevo in evidenza l'utero gravido, che avevo cura di tener ricoperto

con garza bagnata di soluzione fisiologica tiepida: operavo l'animale fissato sul solito apparecchio in una stanza la cui temperatura fosse di circa 25°. Operai così 8 cagne gravide a diverse epoche e le iniettai: altre 3 cagne, pure gravide, le operai senza iniettarle per controllo. Nelle stesse condizioni operai le coniglie e le cavie: coniglie ne operai e iniettai 14, più ne operai 6 per controllo; cavie 19 più 10 per controllo. Nei controlli non ebbi mai reazione alcuna.

Avevo già fatto parecchie di queste esperienze quando il Dottor Cappone comunicò i resultati delle sue ricerche al Congresso di Roma: come già riferii, egli teneva l'animale in apposito apparecchio, costituito da una scatola a doppio fondo e a doppie pareti, il cui interno mediante acqua calda si manteneva a temperatura costante di 34° e la ventilazione era favorita da una pompa debolmente aspirante: trovai inutile complicare le esperienze col fabbricarmi questo apparecchio, visto che i controlli non reagivano menomamente tenuti nell' ambiente descritto.

I resultati ottenuti sono esposti nella tabella a pagina seguente.

Trovo inutile elencare i resultati ottenuti con le cavie essendo identici a quell; ottenuti con le cagne e con le coniglie. Da questi resultati appare evidentissima l'azione ecbolica del formiato: esso non ha azione alcuna sull'utero gravido nelle prime epoche, ha azione sugli uteri gravidi in epoche successive; più ci avviciniamo al termine della gravidanza, più quest'azione è manifesta. In nessun animale ha determinato il parto; ma bisogna considerare le condizioni poco fisiologiche in cui gli animali si trovavano: quello che possiamo con certezza stabilire è che il formiato, concordemente a quanto trovò Cappone, ha potere ecbolico: potere ecbolico molto evidente, molto spiccato perchè tale da determinare delle contrazioni in uteri inerti, in uteri che non hanno ancora incominciato a rispondere, almeno manifestamente, a quegli stimoli fisiologici, a noi sconosciuti, atti a determinare il parto. Dall' osservazione di questi uteri potei anche osservare quasi costantemente una maggiore irrorazione sanguigna che si manifestava qualche momento prima della contrazione: non lo ebbi mai ad osservare negli uteri che non si contrassero.

Non saprei dire se la vasodilatazione fosse effetto della somministrazione del formiato o se fosse dovuta alla fisiologica iperirrorazione sanguigna che è dimostrato precedere ogni lovarìo muscolare.

*
* *

Il dimostrare l' azione del formiato sulla donna gravida urta contro parecchie difficoltà: è difficile poter stabilire infatti se l'insorgenza o il risveglio o il rinvigorimento di contrazioni uterine sia dovuto al farmaco somministrato o no: solo da numerosi dati statistici si potrà desumere il vero suo modo di agire.

Somministrai in questi tre ultimi anni sia per bocca, sia sotto

Num. d'ordine	ANIMALE	PESO	Epoca approssimativa della gravidanza	Quantità di formiato sodico usato	Azione del farmaco sull' utero
		gr.	giorni	gr.	
1	Cagna	3.600	20	1.80	non reagisce
2	Cagna (contr.)	3.900	20	—	« «
3	Cagna	4.005	25	1.90	» «
4	Cagna (contr.)	3.500	25	—	» »
5	Cagna	3.200	30	1.80	» »
6	»	2.900	30	1.60	» »
7	»	3.600	40	1.10	leggerissime contrazioni ritmiche, peristalliche
8	»	3.950	40	1.20	id. id.
9	»	3.750	50	1.00	contrazioni ritmiche, peristaltiche più evidenti
10	Cagna (contr.)	3.220	60	—	non reagisce
11	Cagna	3.455	60	1.00	contrazioni ritmiche, peristaltiche molto evidenti
12	Coniglia (contr.)	1.100	10	—	non reagisce
13	Coniglia	1.050	10	0.70	» »
14	»	1.175	10	0.80	» »
15	»	1.095	10	0.90	» »
16	Coniglia (contr.)	1.125	15	—	» »
17	»	1.220	15	0.70	» »
18	»	1.125	15	0.80	» »
19	»	1.300	15	0.90	» »
20	»	1.235	20	0.70	» »
21	»	1.135	20	0.90	» »
22	»	1.240	20	0.80	» »
23	Coniglia (contr.)	1.105	25	—	» »
24	Coniglia	1.700	25	0.60	leggerissime contrazioni ritmiche, peristaltiche
25	»	1.640	25	0.60	non reagisce
26	»	1.530	30	0.50	leggerissime contrazioni ritmiche, peristaltiche
27	Coniglia (contr.)	1.480	30	—	non reagisce
28	»	1.825	30	0.40	contrazioni ritmiche, peristaltiche molto evidenti
29	»	1.905	30	0.50	id. id.
30	»	1.750	30	0.40	id. id.
31	»	1.540	30	0.50	id. id.

cute il formiato sodico a moltissime gravide della Clinica e dell'Ambulatorio ad essa annesso: ne esporrò brevemente i resultati ottenuti.

Il *formiato sodico non ha azione abortiva*, intendendo per abortiva l'azione di suscitare, svegliare le contrazioni d'un utero non a termine di gestazione: in 78 donne somministrai il formagnolo sia per bocca, sia ipodermicamente negli ultimi tre mesi di gravidanza, in 65 negli ultimi due mesi, in 89 nell'ultimo mese (in tutte 40 centigr. pro die); solo in 9 delle 232 donne si ebbe il parto precoce (nella seconda quindicina del nono mese); non credo si debbano ascrivere al formiato questi 9 casi trattandosi di 5 primipare, nelle quali si sa che facilmente si ha il parto precoce e di 4 pluripare, di cui tre affette da cervicite, endocervicite e vaste lacerazioni del collo e una da polmonite crupale; d'altra parte i parti precoci n 200 gravide di controllo furono più numerosi, 9 nelle primipare e 6 nelle pluripare.

Prima di esporre gli ulteriori resultati devo affermare che nelle 232 gravide sottoposte all'azione del formiato non si avevano viziature pelviche anche minime od altre cause ostacolanti il normale evolversi del parto e che nelle stesse condizioni si trovavano le 100 primipare e le 100 pluripare che partorirono in Clinica nelle stesse epoche e osservate per controllo.

Lo sviluppo dei feti delle 232 donne sottoposte all'uso prolungato del formiato fu in media superiore a quello dei feti nati da donne non sottoposte all'azione del farmaco; infatti i feti delle 120 primipare sottoposte alla cura raggiunsero in media i 3083 gr. di peso e i 49.5 cm. di lunghezza, mentre i feti delle 100 primipare controllo raggiunsero in media i 3058 gr. e i 48.8 cm.: i feti delle 112 pluripare che usarono il formiato raggiunsero in media i 3205 gr. e i 50.6 cm., i feti delle 100 pluripare controllo raggiunsero i 3190 gr. e i 50.5 cm. Questi dati starebbero a dimostrare che il formiato non ha l'azione di interrompere la gravidanza pur quando è vicina al termine: non ha l'azione d'interrompere la gravidanza e non ha l'azione di eccitare l'utero inerte a contrarsi, come abbiamo osservato sperimentalmente negli animali; per quanto negli animali non si sia potuto dimostrare che le contrazioni eccitate dal formiato sono atte a determinare e a compiere il parto, tuttavia abbiamo riscontrato contrazioni tali che se si fossero avute nelle donne sottoposte all'azione del farmaco, le pazienti si sarebbero certamente lagnate qualche volta di doglie e noi stessi, che tenevamo sotto oculata sorveglianza queste gravide, avremmo qualche volta notato delle contrazioni uterine, per quanto insufficienti a determinare il parto; invece mai nessun disturbo. Non avrebbe quindi nella donna l'azione dimostrata negli animali: ricordiamo però che negli animali abbiamo usato dosi che nella donna non ci siamo mai fidati di raggiungere.

Abbiamo usato il formiato in parecchi (sessantadue) casi di gravidanza tardiva: in qualche caso (dieci) abbiamo avuto dopo due iniezioni, fatte alla distanza di 4 ore, l'insorgenza del travaglio di

parto: in tutte le altre si è avuto dopo 4 - 6 - 10 - 15 - 20 - 25 giorni pur facendo 2 - 3 iniezioni al giorno: questi 10 casi hanno per noi poco valore perchè trattandosi di gravidanze tardive ogni momento può benissimo segnare l'insorgenza del travaglio di parto: hanno valore invece gli altri 25 casi negativi perchè ci confermano che il formiato non ha l'azione di provocare il parto: quindi non azione abortiva, *non provocatrice del parto,* pur quando la gravidanza è a termine o anche oltre il termine.

Premesso che l'uso del formiato veniva sospeso appena insorgeva il travaglio, dirò che delle 232 donne sottoposte all'azione di questo farmaco solo 4 ebbero bisogno di intervento per inerzia uterina, di cui 3 primipare e 1 secondipara, mentre delle 200 controllo si dovette intervenire in 12, 7 primipare e 5 pluripare.

I dati di cui tenni conto per valutare gli effetti del formiato, oltre ai già esposti, furono: il tempo della rottura delle membrane, la durata dei periodi dilatante ed esplusivo, la durata del secondamento, se vi fu emorragia, il comportamento dell'utero dopo il secondamento.

Nelle primipare la rottura delle membrane si ebbe 6 volte in gravidanza, 28 volte nel periodo dilatante, 86 nel periodo esplusivo; nelle pluripare 8 volte in gravidanza, 14 nel periodo dilatante, 90 nel periodo esplusivo; nei controlli si ebbe nelle primipare 8 volte in gravidanza, 22 nel periodo dilatante, 70 nel periodo esplusivo e nelle pluripare 5 volte in gravidanza, 10 nel periodo dilatante, 85 nel periodo esplusivo: cioè nelle donne sottoposte all'azione del formiato la rottura precoce delle membrane si ebbe nel 28.33 $^0/_0$ dei casi nelle primipare, nel 19.64 $^0/_0$ nelle pluripare: mentre nei controlli si ebbe rispettivamente il 30 $^0/_0$ e il 15 $^0/_0$. Confrontando i resultati ottenuti nelle primipare appare che in quelle sottoposte all'azione del formiato la rottura precoce delle membrane avverrebbe più raramente che nei controlli; mentre i resultati ottenuti nelle pluripare ci indurrebbero a credere il contrario, cioè che in quelle sottoposte all'azione del formiato la rottura precoce delle membrane avverrebbe più frequentemente. Non riteniamo che il formiato favorisca la rottura precoce delle membrane, prima perchè la differenza tra le due percentuali è ben piccola, poi perchè non sapremmo come mai non avendo azione sulle primipare potrebbe esplicarla in questo senso sulle pluripare. Ci sono di conforto in questa opinione i resultati ottenuti da Soli il quale, pur ottenendo una leggera percentuale maggiore nelle donne sottoposte all'azione del formiato (fece le sue osservazioni su primipare), non si credette autorizzato a credere che questo farmaco eserciti qualche influenza sulla precoce rottura delle membrane perchè, osserva giustamente, fra le partorienti sottoposte alla cura era maggiore il numero di quelle con bacino viziato, nelle quali esiste una maggior tendenza alla rottura precoce delle membrane.

La durata dei periodi dilatante ed esplusivo nelle 120 primipare fu in media di ore 12 e minuti 30 e nelle 112 pluripare fu

di ore 8 e minuti 40; mentre nelle 100 primipare di controllo fu di ore 13 e minuti 50 e nelle 100 pluripare di controllo fu di ore 9 e minuti 5. Si noti che, come già dissi, nè tra le partorienti che usarono il formiato nè tra i controlli avevamo bacini viziati, nè altre cause ostacolanti il normale evolversi del parto.

Riguardo alla durata del secondamento si ebbe: nelle 120 primipare seguì in media dopo 19 minuti, nelle 112 pluripare dopo 11 minuti; mentre nelle 100 primipare controllo seguì in media dopo 24 minuti e nelle 100 pluripare controllo dopo 15.

Casi di inerzia durante il secondamento da richiedere intervento se ne ebbero 3 nelle primaipre sottoposte all'azione del formiato e 2 nelle pluripare; nei controlli se ne ebbero 3 nelle primipare e 3 nelle pluripare: fatte le percentuali resulta evidente un minor numero d'interventi nelle gravide sottoposte alla cura.

Il comportamento dell'utero dopo il secondamento fu tale da dimostrare sempre racchiuse nelle sue fibre validissime energie; contrazione in globo di sicurezza pronta ed efficace: nelle 232 gravide trattate si ebbero solo 3 leggerissime emorragie, vinte una con una semplice lavatura caldissima e le altre due con una lavatura caldissima e una iniezione d'ergotina: nelle 200 controllo si ebbero 6 volte emorragie e 2 volte assai gravi. L'involuzione dell'utero seguì sempre rapidissima; si ebbero tre casi di subinvoluzione, ma in questi casi si aveva avuto il puerperio febbrile, quindi, sotto il nostro punto di vista, non hanno importanza alcuna.

Ed ora due parole riguardo ai feti: la mortalità fu press' a poco la stessa; un lieve aumento nei nati dalle primipare che usarono il formiato, una lieve diminuzione invece nelle pluripare; dati che non autorizzano a tirare delle conclusioni pro o contro; come non si possono tirare delle conclusioni dal confronto delle percentuali dei nati in stato d' asfissia, per quanto abbia ottenuto una percentuale un po' superiore nei nati dalle primipare non sottoposte alla cura.

Riunisco nella tabella a pagina seguente i dati ora citati.

I resultati da noi ottenuti in parte concordano, in parte discordano coi resultati ottenuti da Soli. Il formiato non ha azione abortiva o provocatrice del parto, infatti anch' egli ebbe a riscontrare un solo parto prematuro su venti gravide trattate col formiato e, si noti, in una primipara: anch'egli riscontrò nei nati delle donne sottoposte alla cura un peso e una lunghezza superiori ai nati da 100 donne di controllo che non avevano subito trattamenti speciali. Il formiato non favorisce la rottura precoce delle membrane: per quanto Soli abbia riscontrato una percentuale superiore alla nostra, 34 %, tuttavia non si ritiene autorizzato a concludere che il formiato favorisca la rottura precoce delle membrane essendo la percentuale sua di poco superiore a quella trovata da Tibone su 6000 partorienti (32 %); le due statistiche riguardano solo primipare: noi nelle primipare controllo abbiamo avuto il 30 % e il 28.33 % nelle primipare trattate col formiato; differenza minima e

	Numero complessivo delle gravide sottoposte ad osservazione durante le esperienze	Parti precoci	Rottura precoce delle membrane	Durata media complessiva dei periodi dilatante ed espulsivo	Numero degli interventi per inerzia	Peso medio dei feti	Lunghezza media dei feti	Durata del secondamento	Casi d' inerzia durante il secondamento	Numero dei casi di emorragia
				ore		gr.	cm.	minuti		
Primipare	120	5	28.33 %	12.30	3	3083	49.5	19	3	2
Pluripare	112	4	19.64 %	8.40	1	3205	50.6	11	2	1
Primipare (controllo)	100	9	30 %	13.50	7	3058	48.8	24	3	4
Pluripare (controllo)	100	6	15 %	9.5	5	3190	50.2	15	3	2

a vantaggio dei soggetti sottoposti alla cura, mentre per le pluripare abbiamo avuto il 15 % nei controlli ed il 19.64 % in quelle sottoposte all'azione del farmaco; differenza più spiccata e a vantaggio dei soggetti non trattati: dobbiamo noi pure quindi concludere che il formiato non ha influenza alcuna sulla rottura delle membrane.

Se queste conclusioni concordano, discordano quelle che riguardano la durata media dei periodi dilatante e espulsivo; mentre Soli avrebbe trovato che il formiato somministrato per vario tempo prima del parto non eserciterebbe alcuna azione sulla durata di questi periodi, noi abbiamo evidentemente riscontrato che la durata nelle donne sottoposte all'azione del formiato è più breve, ciò che sta ad indicare una maggiore energia della fibra muscolare uterina. Soli riscontrò solo costantemente che la contrazione dei muscoli addominali fu molto energica, che le partorienti spinsero in modo molto efficace: certamente dei due periodi dilatante ed espulsivo quello che maggiormente risente dell'azione toni-muscolare del formiato è il periodo espulsivo, periodo in cui all'azione della fibra liscia uterina si unisce quella delle fibre striate dei muscoli addominali, che diventa molto energica.

Un altro fatto degno di nota, mi pare, è questo: se noi ci facciamo a considerare gli effetti dell'azione del formiato sull'utero dando uno sguardo alle statistiche da noi riportate risalta subito come quest'azione, fatte le debite proporzioni, è più efficace sulle primipare che sulle pluripare, quasi che la fibra che non è ancora abituata agli stimoli che la inducono a contrarsi diventi, sotto quest'azione, più sensibile ad essi: questa nostra ipotesi è confortata dal fatto riscontrato in altri tessuti, in altri organi. Sakschke studiando l'iperemia da stasi come galattoforo trovò che i resultati sono migliori nelle primipare, giacchè pare, dice, che l'iperemia da stasi venga attivamente a risvegliare e ad intensificare quello stimolo alla secrezione, che nelle primipare non si è ancora fatto sentire: come agirebbe sulla ghiandola mammaria l'iperemia da stasi, agirebbe sull'utero il formiato.

Il comportamento dell'utero durante il secondamento ci dimostra pure l'aumentata energia delle sue fibre: più raramente in questo periodo abbiamo avuto inerzia e la sua durata è stata minore: in minor numero di casi il secondamento fu seguito da emorragia; ne ebbimo solo tre casi su 232 donne e le emorragie furono, come dissi, molto leggere. Altro dato che, secondo noi, stabilisce maggiormente l'aumentata energia del muscolo uterino è il modo rapido di sua involuzione senza però che questa rapidità esca mai dal fisiologico.

***

Riferirò ora i resultati ottenuti col formiato sodico nei casi di inerzia essenziale, nei casi in cui le forze espulsive sono insuffi-

cienti, per un loro intrinseco difetto, anche di fronte a resistenze lievi o normali: l'usai a questo scopo in 79 casi. Anche in questi mi servii del Formagnolo Bouty e lo somministrai sempre naturalmente per via ipodermica avendo in questi casi bisogno di un'azione rapida.

Lo diciamo subito: i resultati furono buoni. Non starò ad esporre, anche in succinto, la storia clinica dei 79 casi, sarebbe troppo lungo e, d'altra parte, inutile: mi limito ad esporre brevemente i resultati.

Tranne in cinque casi, di cui dirò poi, il formiato esplicò rapidamente la sua azione ecbolica: essa si manifestò nello spazio di pochi minuti, da 5 a 20, sia rinvigorendo le contrazioni divenute insufficienti sia rieccitandole nei casi in cui erano cessate: la contrazione ha i caratteri fisiologici, sia riguardo alla durata, sia riguardo alla frequenza, sia riguardo alla energia. Qualche volta, ma molto di raro, come pure ebbe ad osservare Soli, la durata della contrazione è più lunga della norma, ma non tanto da farle acquistare il tipo della contrazione tetanica e da produrre sofferenze fetali: la percentuale dei nati asfittici dalle donne sottoposte all'azione del formiato non fu superiore a quella dei nati asfittici dalle donne che non l'usarono.

In cinque casi non esplicò quell'azione che si riscontrò negli altri; in tre risvegliò delle contrazioni che erano cessate, ma queste contrazioni non furono sufficienti ad espletare il parto: in due non diede alcun resultato. Questi cinque casi negativi non tolgono gran che al valore dell'azione che noi riteniamo fermamente abbia il formiato: per quanto però sia evidente il suo potere ecbolico siamo ben lungi dal ritenere che questo farmaco possa sostituire sempre in questi casi l'aiuto strumentale o manuale al parto: nessuno può nemmeno arrivare a pensarlo: sappiamo quanto inerti siano certi uteri; l'inerzia può arrivare a tal punto da non essere vinta dai più potenti stimoli; abbiamo visto, per quanto ben raramente, degli uteri non contrarsi o contrarsi solo molto debolmente sotto il potente stimolo della dilatazione meccanica immediata del collo; non ci fa quindi meraviglia se in tre casi l'azione del formiato fu scarsa e in due mancò affatto.

Soli emise nel suo lavoro l'ipotesi che manchi l'azione ecbolica del formiato quando l'organismo ha fatta l'abitudine al farmaco e quest'ipotesi è basata sul fatto che, su 19 casi d'inerzia, il formiato fallì completamente in uno solo in cui aveva negli ultimi 15 giorni di gravidanza somministrato il formagnolo e sull'altro fatto che nelle gravide alle quali aveva metodicamente e lungamente somministrato il farmaco non ebbe a riscontrare una manifesta azione ecbolica. Noi usammo il formiato durante il travaglio undici volte in donne cui era stato pure prima lungamente somministrato; in nove si ebbero i soliti benefici effetti, in due non si ebbero affatto e questi due casi fanno parte dei cinque negativi citati. Ora, questi due casi li dobbiamo attribuire all'abitudine al

farmaco o piuttosto allo stato di grave atonia dell'utero? Di fronte agli altri resultati ci dobbiamo attenere a questa seconda ipotesi.

Anche in questa seconda categoria di partorienti resultò evidente che il formiato esplica maggior azione nel periodo espulsivo che nel periodo dilatante: nel periodo espulsivo si aggiunge la contrazione dei muscoli addominali che è sempre validissima: il formiato per quanto abbia azione valida sui muscoli lisci esplica maggiormente senza dubbio la sua azione sui muscoli striati.

Il secondamento seguì rapido: in media si ebbe dopo 19 minuti nelle primipare e dopo 16 nelle pluripare. Non abbiamo avuto che tre casi di metrorragie dopo il secondamento e di questi tre due appartengono a quei casi in cui non si è avuto alcuna azione durante il travaglio: non possiamo ammettere quindi neanche in questa seconda categoria una maggiore facilità alle emorragie nei casi in cui venne somministrato il formiato; queste anzi sono molto più difficili a riscontrarsi per la aumentata energia contrattile del muscolo uterino.

Anche in questa seconda categoria di donne abbiamo potuto rilevare che l'azione del formiato è più pronta ed efficace nelle primipare.

***

Ciò che risalta subito da queste nostre ricerche e da queste nostre osservazioni cliniche è l'azione tonica del formiato; la quale si manifesta non solo sulle fibre striate, ma anche su quelle liscie; come esercita un'azione tonica sulle fibre muscolari del tubo gastro-intestinale, sulle fibre dei vasi, sul muscolo vescicale, ecc., l'esercita pure sulle fibre del muscolo uterino. L'uso metodico e prolungato di questo farmaco prima del parto fornisce all'utero valide energie sicchè le contrazioni uterine sono più pronte, più valide ed efficaci ad espletare la fuoriuscita del prodotto del concepimento: questa acquistata tonicità rende inoltre più rari i casi di emorragia durante il parto è il secondamento e facilita l'involuzione dell'utero: somministrato durante il travaglio suscita, sveglia le contrazioni uterine assopite, rinvigorisce le contrazioni insufficienti.

Per spiegare come esplichi il formiato quest'azione toni-muscolare varie furono le ipotesi emesse: il protoplasma cellulare utilizzerebbe meglio i glucosi; produrrebbe un'anestesia muscolare, per la quale la sensazione dolorosa, effetto della fatica, verrebbe notevolmente diminuita; attiverebbe le combustioni organiche; favorirebbe gli scambi muscolari e verrebbero quindi più facilmente eliminati quei prodotti tossici che paralizzano la fibra muscolare; migliorerebbe la crasi sanguigna. Noi non ci siamo occupati di ricercare quale sia il meccanismo d'azione del formiato sull'utero: Soli crede che l'azione ecbolica sia legata all'azione vaso-dilatatrice del farmaco, secondo quanto aveva trovato Cappone sperimentate sugli animali. — Questa maggior copia di sangue arterioso,

dice Soli, che va ad irrorare la fibra muscolare uterina potrebbe rappresentare un eccitamento di ordine chimico alla contrazione della fibra muscolare stessa, la quale si trovi in quelle condizioni speciali che possono determinare od hanno determinato il travaglio del parto, ovvero l' aumentata irrorazione del muscolo favorirebbe una più pronta combustione, ossidazione ed eliminazione di quei prodotti tossici i quali, sappiamo, paralizzano la fibra muscolare (Mosso, Vicarelli).

Quest'ipotesi è certo attendibile, però dobbiamo credere che il formiato eserciti un'azione più importante, più diretta sulla fibra muscolare uterina e questo ci viene suggerito dai resultati ottenuti con la lunga e metodica somministrazione del farmaco. Noi dobbiamo credere che il formiato, a lungo usato, aumenti l'energia vitale della fibrocellula muscolare uterina come aumenta l'energia vitale delle altre fibrocellule muscolari. Per questa aumentata energia vitale, la fibrocellula muscolare uterina acquista in alto grado quelle sue proprietà fisiologiche che tanto necessitano per il normale estrinsecarsi dal parto: la sensibilirà, la contrattilità. Aumenta la sensibilità agli stimoli, a noi ancora ignoti, che determinano la contrazione uterina quindi contrazioni più pronte, più frequenti; aumenta il potere contrattile quindi contrazioni più forti, più efficaci: a questa aumentata vitalità della fibrocellula muscolare uterina noi dobbiamo attribuire inoltre il rapido involversi della fibra muscolare uterina dopo il parto.

Un fatto su cui credo opportuno richiamare l'attenzione, riscontrato tanto con l'uso prolungato quanto con l'uso in travaglio, e al quale ho già accennato parlando dell'azione del formiato in seguito a lunghe somministrazioni, è questo: l'azione del formiato si rileva più efficace sulle primipare che sulle pluripare quasi che la fibra, che non è ancora abituata agli stimoli che la inducono a contrarsi, diventi, sotto quest' azione, più sensibile ad essi: ricordo nuovamente qui come questa nostra ipotesi trovi un valido appoggio in quanto riscontrò Sakschke nella mammella in seguito alla iperemia da stasi, provocata come galattoforo: trovò che i resultati sono migliori nelle primipare ed e quindi d'opinione che l'iperemia da stasi venga attivamente a risvegliare e ad intensificare quello stimolo alla secrezione che nelle primipare non si è fatto ancora sentire precedentemente.

Costantemente nelle donne sottoposte all'azione del formiato abbiamo osservato un notevole miglioramento delle condizioni generali, pur durante la gravidanza, ed un notevole miglioramento della crasi sanguigna: l'aumento dei globuli rossi e del tasso emoglobinico li abbiamo riscontrati sempre come li ebbero sempre a riscontrare Maramaldi, Gioffredi, Marino, Salerni: tutto ciò, unitamente agli altri fatti da altri dimostrati, sta certo a dimostrare lo aumento delle attività biochimiche cellulari dei vari tessuti sotto l'azione del formiato: aumento di attività biochimiche che il nostro studio dimostrerebbe avvenire in sommo grado anche nell' utero.

Le attività biochimiche della fibrocellula muscolare uterina vanno aumentando gradatamente dall'utero vergine all'utero che ha già partorito, all'utero gravido, elevandosi notevolmente negli ultimi mesi di gravidanza, per raggiungere il loro più alto grado durante il periodo puerperale (Rebaudi): attività biochimiche che si estrinsecano con processi integrativi durante la gravidanza per i quali la cellula diventa 11 - 12 volte più lunga e 5 - 6 volte più larga e disintegrativi durante il puerperio per i quali la cellula ritorna allo stato normale: queste attività, espressione di un processo vitale della cellula, descriverebbero una parabola che partendo dall' utero non gravido arriverebbe all'utero che ha da qualche tempo partorito attraverso all'utero gravido, in attività di travaglio, puerperale. Ora, un farmaco che ha la proprietà di eccitare le attività biochimiche cellulari rende questi processi integrativi e disintegrativi più attivi, più vivi, più energici e la cellula acquista in sommo grado quelle qualità che la distinguono: la fibrocellula muscolare uterina diventa più sensibile agli stimoli, quindi contrazioni pronte e più contrattile quindi contrazioni energiche: in puerperio l' aumentata attività biochimica della fibrocellula muscolare uterina si manifesta con un processo disintegrativo più energico: noi vediamo infatti che sotto l'azione del formiato l'involuzione dell'utero è rapida e completa. Alla estrinsecazione quindi dell'aumentata vitalità cellulare si dovrebbero, secondo noi, i fatti riscontrati.

Quello che infine sta a provare l'aumentata energia del muscolo uterino è la diminuita frequenza delle emorragie: per quanto si abbia una condizione ad esse favorevole, la vasodilatazione, il potere contrattile è tale da impedire che queste possano avvenire.

Parecchie volte scrivendo questa memoria, enumerando i resultati ottenuti che mi condussero a giudizi così favorevoli, mi vennero in mente gli entusiasmi che si ebbero un tempo per la pilocarpina, per la cocaina, per la stricnina, per i preparati della serie salicilica come ecbolici, entusiasmi che furono poi seguiti dall'oblìo che colpisce inesorabilmente ogni fama ingiusta o esagerata. L'obbiettività che mi ha guidato nelle ricerche e nelle osservazioni cliniche mi lusinga, mi conforta e mi fa attendere fiducioso che ulteriori studi, ulteriori osservazioni, una più lunga esperienza confermino ampiamente questi resultati.

Prima di concludere credo opportuno, perchè non accadano malintesi, far rilevare il valore che io do alla parola ecbolico. Fu usata questa parola per lungo tempo come sinonimo di abortivo, poi si finì con l'usarla tanto col significato di abortivo quanto col significato di eccitante la debole o assopita contrazione uterina, generando spesso confusione. Distinsi l' azione *abortiva* dall'azione *ecbolica,* dando alla prima il valore di suscitare o svegliare contrazioni uterine di tale intensità da poter esser causa d'interruzione di gravidanza, alla seconda il valore di risvegliare, di rinvigorire la contrazione uterina assopita o debole.

Dagli esperimenti eseguiti e dalle osservazioni fatte possiamo concludere:

I. — che il formiato sodico ha un grado di tossicità bassissimo;

II. — che l'azione del formiato è più manifesta nei muscoli striati che nei muscoli lisci;

III. — che il formiato iniettato in animali gravidi, anche in dosi molto elevate, non ha azione abortiva, non ha cioè azione di interrompere la gravidanza prima del termine;

IV. — che pure nelle donne non manifesta azione abortiva;

V. — che è dotato d'una spiccata azione tonica: iniettato in animali gravidi a termine o quasi, provoca facilmente contrazioni dell'utero, contrazioni che si manifestano ritmiche e peristaltiche: iniettato in donne gravide metodicamente per parecchio tempo prima del parto (1 - 2 - 3 mesi), rende l'utero più sensibile agli stimoli che determinano le contrazioni così che queste sono più pronte, più frequenti; aumenta il potere contrattile della fibra muscolare uterina si che le contrazioni diventano più energiche, più efficaci: iniettato in donne durante il travaglio nei casi d' inerzia essenziale manifesta dopo breve tempo (15 - 20 minuti) la sua efficace azione ecbolica: le contrazioni risvegliate o rinvigorite dal formiato hanno i caratteri fisiologici delle contrazioni spontanee;

VI. — che l'azione sua è più manifesta nelle primipare che nelle pluripare;

VII. — che l'azione vasodilatatrice del formiato non aumenta i casi di emorragie per il contemporaneo, elevato aumento del potere contrattile.

Genova, Novembre 1908.

BIBLIOGRAFIA

CLÉMENT. — *C. r. de l'Ac. des Sciences*, N. 12. Anno 1904.

GARRIGUE — *C. r. d. l'Ac. des Sciences.* N. 13. Anno 1904.

GREHANT — *Acad. de Méd. de Paris.* 28 Marzo 1905.

MOSSO. — *La fatica.* Cap. V, Milano, 1892.

VICARELLI. — *L'acidità delle urine e l'acido paralattico dopo la fatica del parto.* Annali di Chimica e Farmacologia. Marzo, 1894.

HUCHARD. — *Atti dell'Accademia di Medicina di Parigi*, Anno 1905.

RAVIER — Citato da Livierato.

MARAMALDI. — *Delle applicazioni terapeutiche razionali del formiato di sodio.* Giornale internazionale delle Scienze Mediche, Fasc. 12, Anno 1908.

POLENOV — Citato da Livierato.

DONATO. — *Azione del formiato sodico sul cuore.* Tesi di laurea. Napoli, Anno 1907.

LIVIERATO. — *Sull'azione dell'acido formico e dei formiati sul cuore e sulla circolazione.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche. N. 142. Anno 1905.

CONVERS — Citato da Maramaldi.

MICHELAZZI. — *Ricerche cliniche sopra l'azione del formiato di sodio.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche. N. 144. Anno 1907.

NOTO. — *Il formiato di sodio in ostetricia come ecbolico.* Atti dell'XI° Congresso Nazionale di Ostetricia e Ginecologia. Anno 1905.

MICELI. — *Azione dei formiati e specialmente del formiato di sodio sulla funzione genitale della donna* Atti del XII° Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. Anno 1906.

SOLI. — *Sull'azione ecbolica del formiato di sodio.* La Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia. N. 9-12. Anno 1907.

CAPPONE. — *Sull'azione abortiva ed ecbolica del formiato di sodio.* Atti della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia. Anno 1907.

REBAUDI. — *Ricerche e considerazioni sulle attività biochimiche del parenchima uterino umano durante la gravidanza ed il puerperio.* La Ginecologia Moderna. Fasc. 2-3. Anno 1908.

RECENSIONI.

THEILHABER. — **Le sottrazioni sanguigne in ginecologia.** (Münch. Medizin Woch. N. 9 - 1908).

Coefficiente importantissimo al buon resultato curativo negli interventi operativi condotti sull' utero, sono, afferma l' A., le perdite di sangue da essi determinate.

Partendo da questo principio dimostratogli giustissimo da una lunga esperienza clinica, l' A. fu indotto ad usare largamente del salasso locale sul collo dell' utero colla profonda scarificazione, oppure del salasso generale dalle vene del braccio nelle più disparate infermità ginecologiche.

Ottimi furono sempre i resultati curativi per cui ne raccomanda la larga esperimentazione.

Rebaudi

M. LETULLE ET NATTAN-LARRIER. — **Hérédo-syphilis et malformations cardiaques.** (*Société Anatomique de Paris* - Mai 07).

La origine più frequente delle alterazioni degli orifici in cuori mal conformati si deve ricercare in lesioni inflammatorie di antica data.

Assai difficile è ritrovarne con evidenza la causa in una infezione sifilitica ereditaria. Il caso presentato l' O. ne è un chiarissimo esemplare.

Si tratta di un bambino pressochè a termine, partorito da una giovane donna affetta da sifilide secondaria. Il bambino è coperto di penfigo; il fegato è sifilitico, la milza voluminosa. Il cuore presenta una marcatissima stenosi dell' orifizio polmonare con endocardite cronica antica, estesa alle tre valvole semilunari ed all' orificio dell' arteria polmonare.

Nella placenta fu riscontrato lo spirocheto.

Rebaudi

CORNIL ET BROSSARD. — **Coexistence d' un utérus et de testicules dans un scrotum.** (*Société Anatomique de Paris* - Octobre 07).

Gli A.A. riferiscono di aver riscontrato entro lo scroto di un giovanetto greco operato per tumore delle borse, un utero della lunghezza di 10 cent., situato frammezzo ai due testicoli.

La tromba, che fa capo come di norma in corrispondenza del corno uterino, decorre accollata all' epididimo entro un rivestimento comune.

Al microscopio si riscontra lu mucosa dell' utero ricca di glandule bene sviluppate; i testicoli sono in piena attività spermatogenetica.

Non fu riscontrato dagli A.A. alcun altro caso consimile nella letteratura.

Rebaudi

W. GLIKIN — **Sul significato biologico della lecitina.** (*Biochemisches Zeitschrift*, Bd. 7, H. 3).

In precedenti ricerche l' A. era venuto alla conclusione che il contenuto in lecitina del midollo spinale nei neonati era di molto superiore al contenuto negli adulti; che la lecitina diminuiva coll'età, ed ancora che il midollo di bimbi aveva una diminuzione progressiva più lenta di quanto non si osservasse in vari animali.

In questa seconda comunicazione l' A. studia il contenuto in leticina di vari mammiferi neonati, e delle uova di vari uccelli ed osserva che il contenuto lecitinico totale è sempre maggiore in quegli animali, in cui si ha dopo la nascita un periodo più lungo di incapacità alla vita autonoma.

Diverso è ad esempio il contenuto lecitinico del coniglio neonato e della cavia neonata; diverso ancora il contenuto lecitinico dell' uovo di gallina e dell' uovo di piccione. Nel coniglio e nel piccione. che notoriamente presentano dopo

la nascita un periodo abbastanza lungo di incapacità alla vita autonoma, si osserva un forte contenuto lecitinico totale.

L' A. non trae per ora conclusioni, riserbandosi di comunicare altri fatti in rapporto allo studio di neonati patologici.

M. S.

KEHRER. — **Utero sopravvivente e segale cornuta.** (*Arch. für Exp. Path. und Pharmac.*, 58-5-6).

L'A. ha riscontrato nell'utero una tenace vitalità; asportato infatti può sopravvivere e permettere di registrarne le sue contrazioni, anche sotto l'azione di speciali preparati, atti ad influenzare in un qualche modo la fibra uterina, oltre le dodici ore.

Ha pensato perciò di usufruirne onde studiare le attività farmacologiche di alcuni preparati di segale cornuta.

Ne ha concluso:

1.° Il corno uterino del gatto è il miglior mezzo biologico che possediamo per studiare l'azione dei preparati di segala cornuta.

2.° Dato questo indice di misura si possono prendere delle dosi minime di 0.01 di segale cornuta su 200 cmc. di liquido di Ringer, iniettando volta per volta 1 cmc della soluzione.

3.° L'analisi praticata in tal modo dimostra che i preparati di segale cornuta vanno incontro ad un deperimento che può essere così definito: dopo un anno da 7 ad 8 volte, dopo due anni di circa 15 volte.

4.° I vari preparati farmaceutici si possono ancora titolare a seconda della intensità di contrazione del corno dell'utero.

5.° La clavina non dimostra alcuna influenza sulla fibra muscolare dell'utero.

Rebaudi.

L. PIERRA. — **Faut il enlever tous les fibromes de l'utérus?** (*Revue Mensuelle de Gynéc., d'Obst. et de Pédiatrie;* Septembre 1908).

L'A. riassume le sue idee intorno la questione interessantissima e molto dibattuta delle indicazioni e controindicazioni all'intervento operatorio nei fibromi uterini, con le seguenti schematiche asserzioni:

Devono essere asportati: i fibromi che vanno sviluppandosi *regolarmente* e *rapidamente;* quelli cui si accompagnano disturbi funzionali assai accentuati ed *accentuantesi progressivamente*, tali *da compromettere la salute*; i fibromi *infetti e degenerati.*

Devono essere rispettati: i fibromi a volume *stazionario:* quelli che si evolvono *senza accidente alcuno:* senza emorragie, senza dolori, senza fenomeni di compressione, quelli che essendosi accompagnati ad emorragie profuse e ripetute hanno condotto ad uno *stato di anemia grave;* quelli infine aventi sede in organismi affetti da *insufficienza cardio-renale manifesta.*

Possono essere o no asportati: i fibromi il cui sviluppo si fa *lentamente* ed i cui sintomi funzionali sono *poco manifesti*, ponendo mente in tal caso all' età, alle occupazioni, alle condizioni finanziarie della paziente.

Rebaudi.

I. PÈRY. — **Erythème toxique chez une femme enceinte.** (*Revue mensuelle de Gyn., d'Obst. et de Pédiatrie*, Octobre 1908).

È notorio come siano facili e frequenti nella donna gravida, a causa delle sue mutate condizioni organiche, le intossicazioni d'origine intestinale. L'A. descrive appunto in una breve nota un caso caratteristico di eritema cutaneo generalizzato, di aspetto morbilliforme, molto pruriginoso, comparso in una donna primipara gravida all'ottavo mese, venuto in campo con tutta probabilità in seguito all'ingestione di un intingolo di coniglio di provenienza molto sospetta, ma che era riuscito del resto graditissimo all'inferma.

Rebaudi.

PARTE II.

PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

DOTT. STEFANO REBAUDI

Assistente all'Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Genova

Per la ricerca della paternità. [1]

Cittadini!...

Figlio delle liguri piaggie, mirabile ricetto di sublimi energie umane e di stupefacenti doni di provvida natura, nuovo a voi mi presento, o cittadini dell'estrema ligure alpestre pianura; nuovo sì, ma fidente, sicuro, giacchè io sento come tutt'ora esista fra noi componenti la ligure gloriosa schiatta, quella *corrispondenza d'amorosi sensi*, che, quali membri di un'unica, grandiosa figliuolanza, lontani ci accomuna negli ideali, nelle lotte feconde, vicini ci affratella, ci stringe in un amplesso caldo, sentito. I vostri austeri ed antichi edificî, i ruderi preziosi, le strette ed auguste vie di vostra città a me parlano pur ora con detto severo delle nostre comuni vittorie, delle nostre gloriose disfatte; a me rammemorano quegli anni turbolenti di lotta accanita, in cui, per il potente coalito delle masse popolari coscienti e sicure di loro alta potenza si potè rovesciare l'abborrito governo dei blasonati ed innalzare di bel nuovo a duce supremo del genovesato l'eletto del popolo: il doge. E questo doge fu, ben lo ricordate, Paolo Catanei, e fu di Novi, della vostra ligure terra, che per tal modo ebbe la fortuna di donare al governo della patria nostra uno dei dogi più profondamente e sentitamente popolari; ebbe la fortuna, dico, di personificare in un figlio suo la potenza del popolo cosciente, che si aderge a giudice, condanna, annienta la strapotenza dei pochi, dell'unico tiranno straniero che di suo volere capriccioso fa legge e potere.

E ciò mi è di non lieve conforto quest'oggi in cui siete chiamati appunto, come in quel lontano meriggio, col caldo, unanime assentimento vostro ad annientare, a distruggere una inumana legge, che imposta dalla caparbia ferrea volontà di un autocrate dominatore, da oltre un secolo è subita fatalmente dalla società nostra, tarpandone parte di sue nobili energie. E possa il valido contributo vostro, cui si unisce il contemporaneo unanime assentimento

(1) Conferenza da tenersi Domenica 6 Dicembre 1908 all'ore 13 $^1/_2$ nel teatro Comunale *Carlo Alberto* di Novi Ligure.

delle cento città italiane, scuotere finalmente questa secolare catena, spezzarne le maglie sue arrugginite e liberare al sole della giustizia e dell' uguaglianza sociale: la donna tradita, il bastardo infelice.

« *La loi doit punir l'individu qui s'est rendu coupable de viol, mais elle ne doit pas aller plus loin* »....

« *La société n'a pas intérêt à ce que les bâtards soient reconnus* »: disse Napoleone Bonaparte, primo console, il 26 Brumaio dell'anno X (1804) prendendo viva parte alla discussione intavolatasi fra i giureconsulti radunati per la compilazione di un codice civile moderno; e la volontà sua di soldato brutale e dominatore, che sognava gli immensi eserciti costituiti per la maggior parte di celibi liberi da qualunque legame famigliare, fu legge perversa nell'art. 340 del Codice Civile francese, donde appunto venne tolto l'art. 189 della nostra legislazione civile, il quale suona appunto:

« *Le indagini sulla paternità non sono ammesse, fuorchè nei casi di ratto o di stupro violento, quando il tempo di essi risponda a quello del concepimento* ».

Terribile ed iniqua sanzione legislativa, frutto di un brutale autocrate, la quale, sebbene sia su un terreno falso costrutta e basata contravvenendo essa alle fondamentali sapienti leggi di madre natura, che ha provvisto minutamente e colla più alta saggezza ai fenomeni umani, seppe resistere per oltre un secolo traviando, falsando, pervertendo la coscienza dei popoli, delle nazioni, degli individui singoli, permodochè quegli stessi che ne sono colpiti, sebbene tacitamente rammaricantisi, non se ne sanno sottrarre, e con mussulmana rassegnazione ne sopportano l'onta mortale, l'eterno, ignominioso suggello.

Madre natura ha disposto che a concepire, a creare un essere vivente concorrano di necessità due elementi: uno maschile e l altro feminile, che nella serie degli animali mammiferi, di cui fa parte l' uomo, hanno sede in due organismi diversi: il maschio e la femina.

Ambedue sono indispensabili alla procreazione, giacchè pongono a suo profitto speciali lor proprie qualità; ambedue sono in giusta parte i produttori del nuovo nato, ed ambedue ne dovranno essere il naturale sostegno infino a che le sue proprie attività non gli concedano l' indipendenza dei proprî atti

Dovere di natura al quale amorosamente e colla piena spontaneità di lor atti primitivi profondamente sentiti ottemperano pur gli animali cosidetti feroci.

Il legislatore napoleonico invece sanziona co' suoi inoppugnabili detti, che l'uomo, il solo essere intelligente della creazione, ha il diritto di sottrarvisi; non pensando, che qualunque benchè minimo strappo alle inscrutabili sapienti leggi della natura, segna un passo verso lo sfacelo fatale di quella società, che non ne sente gli accorti e saggi ammaestramenti.

È un dovere naturale per un padre nutrire il proprio nato:

ebbene, alla stregua della legge napoleonica, *non è un dovere civile;* ed egli, il padre che ha attivamente contribuito con sue azioni coscienti alla messa in vita del nuovo essere, fecondando la donna, acquista il diritto civile di disfarsene completamente; giacchè la legge sta a salvaguardarlo, proclamando *nell' unione libera il diritto del padre all' irresponsabilità dei suoi atti.*

Il padre adunque nell' unione libera, secondo la legge, non è padre del figlio illegittimo; e libero, senza onere alcuno, può correre ad altri facili amori. Vuol dire adunque che in diritto l' infante naturale non ha padre: « *Prolem sine patre creatam* ».

Chi rimane allora a salvaguardia del nuovo essere, di sua vita, di sue azioni, di sua educazione civile e morale?

La madre, risponde trionfante il legislatore napoleonico; la quale, essendo per sua stessa natura sessuale tardamente suscettibile di rapida ed energica reazione, e poi ancora presentando patenti ed eloquentissimi dati di suo stato puerperale, può essere con tutta facilità colta in fatto, onde poterle caricare tutto il gravoso pondo della responsabilità civile e sociale del nuovo nato.

Ed il codice napoleonico proclama appunto nell' art. 341 la ricerca della maternità, allo stesso modo del codice civile italiano, che ne è la diretta emanazione.

Si legge all' art 190 del codice civile italiano:

« *Le indagini sulla maternità sono ammesse* ».

E si riesce allora ad un doppio controsenso: dei due elementi, cui si deve la nascita d' un nuovo essere illegittimo, si dichiara ingiustamente responsabile uno solo, e, per colmo di vigliaccheria umana, proprio il più debole, il più derelitto, il meno imputabile moralmente, quello che per le speciali condizioni organiche sue più gravemente risente del nuovo stato di cose; giacchè è nel suo seno che per nove mesi si accresce il nuovo essere, è esclusivamente ad esso devoluto il doloroso travaglio di parto ed il periglioso periodo puerperale.

Il legislatore mascolino, a guisa del leone della favola di Esopo, ha studiata la legge, ne ha stabilite le modalità e le ha sanzionate nei due articoli sopracitati, prima di tutto perchè è il re della creazione, poi perchè è più forte, potente e prepotente.

Triste e veramente mefistofelico adattamento della legge francese ed italiana alla nefasta teoria giuridica dell' irresponsabilità dell' uomo divenuto padre all' infuori del matrimonio, che ripugna veramente ad ogni individuo, il quale ancora alberghi nel proprio cuore un qualche generoso sentimento di giustizia, e che lo spinge, sprezzando le voci dissidenti dei pochi egoisti, dei fiacchi e degli ignavi, a buttarsi a pieno petto nel doloroso conflitto che ad armi impari si combatte fra seduttore e sedotta, onde rialzare la misera donna, fermare l' infame maschio, che ha agito e sta per eclissarsi, e giudicare in nome della morale sociale: *la donna madre d' un*

figlio illegittimo dev' esser punita, ma il suo seduttore lo dev'esser due volte tanto, giacchè egli ha fatto il male e lo ha fatto fare.

E gli arditi uomini che non si peritarono, subito al domani della promulgazione della legge, di combatterla apertamente col-l'esempio, cogli scritti e colla parola, in nome di ciò che v' è di più santo e di più caro al mondo, addittandone il malfatto e prevedendone pure i futuri numerosi inconvenienti, non mancarono di certo, ma con nullo apparente utile resultato in quegli anni turbolenti di lotte territoriali, in cui ancora trionfava il diritto del forte e del prepotente; chè la legge nefasta rimase vittoriosa, e col trionfo dell'egoismo del più forte si affermò ampiamente, mietendo le sue numerose vittime individuali e sociali.

Calmati però gli istinti bellici, e ciascun popolo acquistati i suoi giusti confini territoriali, nelle feconde lotte di pace, che portarono al sorgere ed al rigoglioso fiorire di tanti novelli ideali di giustizia, di libertà e di eguaglianza, risorsero a novello onore le giuste argomentazioni dei validi antichi avversarî della legislazione napoleonica, di cui ne apparve tutta la nequizia; si riconobbe quanto sia umano e morale il sentimento di responsabilità paterna anche nell' unione illegittima, e colle parole e cogli scritti fu unanime sforzo dei buoni, onde risvegliarlo, avvivarlo questo sentimento nel cuore dell' uomo moderno.

Mirabile sforzo delle persone oneste che però ben minimi utili resultati ebbe a portare: l' uomo seduttore egoisticamente inumano ha continuato la sua opera nefasta, sordo ai richiami della coscienza, sordo ai richiami della società, della giurisprudenza stessa, che conscia dell' assurdità della legge la andava via via violando nei termini del possibile.

Ma gradi gradi dal movimento tacito e paziente si è passati alla lotta più manifesta ed accanita, ed ormai si è arrivati al momento di ribellione in massa dei cittadini coscienti, che hanno la potestà di giudicare, di modificare, di abrogare le leggi che li governano, contro i sopracitati articoli della vetusta legislazione.

Giacchè è inutile parlare di principî morali all' animale uomo, giacchè è impossibile coll' educazione paziente di condurlo a riconoscere da per se stesso il dovere di nutrire, educare, circondare di paterne cure il nuovo essere cui ha dato vita, ed occorre severamente punirlo nella sua persona, nella sua proprietà, occorre costringerlo colla forza, permettiamo in via legale la ricerca del padre, e rinvenutolo o nolente o volente addossiamogli in giusta parte gli oneri incontrati per l' allevamento, l' educazione del nuovo essere cui ha contribuito a dar vita. In tal modo noi riusciremo finalmente ad ovviare in parte agli infiniti e numerosi guai, che da questa nefanda legge ne son derivati alla madre, al bambino, alla società.

Ed è doloroso veramente rifarci ad esporre gli elementi che a noi necessitano per la dimostrazione della giustezza della nostra tesi. Noi dovremo anatomizzare crudemente una delle piaghe più

obbrobriose del mondo nostro civile; piaga immonda che per tragitti oscuri e malsani viene inosculizzandosi e pigliando strette aderenze ad altre ignobili gangrene, che minano i due più superbi arbusti della società nostra: la feminilità e l' infanzia.

Superbi, ma pudichi e fragili arboscelli, che se pigliano piede in terreno adatto, circondati dalle vigili cure dell' artefice paziente, si coprono di numerosi fiori e di abbondanti squisiti frutti; che se invece cadono in lubrico calle, fra mani inesperte e trascurate, rovinano fatalmente, caricandosi di spina aspre, pungenti, di fiori e frutti pestiferi e micidialissimi. Di assistenza continua ed affettuosa abbisognano, di paterne ed ininterrotte cure, di scrupolosa attenzione, onde liberarle dalle cattive erbe, fornir loro i vitali succhi, raddrizzarne le false volute.

E le tenui pianticelle con tesori d' affetto, addimostrati dalla gran copia di fiori e di frutti, rispondono alle premure loro addimostrate; e contento infinito e gioia ineffabile ne viene all'affettuoso coltivatore, che vede per tal modo ad usura ripagate le sue costanti fatiche.

La donna infatti, questa tenera, debole, esile, fragile pianticella di quali frutti non è essa capace se cade fra mano d'un abile ed affettuoso coltivatore: tesori di affetto, di abnegazione, di coraggio, di sacrificio ella sa all' uopo esplicare in favore dell' uomo che l' ha amata e custodita con cura gelosa. Che se invece miseramente rovina fra mano d' un vigliacco sfruttatore, di tutto essa è capace; più nessun ritegno a lei può farsi: spergiura, sgualdrina, puttana, suicida, omicida, feroce assassina del prodotto delle sue carni, del suo infame maestro!

E non è raro, voi lo sapete, che uno di tali miseri arboscelli, non ancora sbocciati al bacio del caldo meriggio, cada fra mano di un perverso e barbaro sfruttatore: son tanti i falsi miraggi, son così sottili e sapienti le allettatrici parole d'amore, e poi la misera è conquisa da tale un possente ardore, che tutta pazzamente si dona, colle sue giovanili baldanze, i suoi sogni, le sue ebbrezze.

Ma non l' avesse mai fatto, chè l' inumano allettatore, non appena ne ha carpito i tesori suoi di giovinezza, ne ha colto i primaticci fiori; allorchè s' avvede che le fecondanti sue opere han sortito un effetto sicuro, la abbandona ignominiosamente. Ed essa rimane sperduta, ed essa rimane senza aiuto là in quel terreno novello a lei infido, ov' essa era stata trasportata dall' infame allettatore. Ed avvizisce, dissecca sue fronde verdeggianti, spossata si prostra la misera pianticella, nel mentre nelle intime sue fibre un novello profondo lavorìo va iniziandosi, che prima a lei sconosciuto, si appalesa poi in tutta la sua terrificante realtà. Sola, abbandonata in terra per lei straniera, e per giunta madre.

Terribile sconforto, terrificante situazione!

Son passati i momenti fugaci di ebbrezza, di abbandono, di gioia inebriante, e la più cruda realtà d' un tratto è sopraggiunta, e l' ha colta impreparata, inesperta, nuova alle lotte ed agli scon-

forti, ingombro il ventre di un gravoso fardello, che l' addita dovunque, che le tarpa anche le sue poche iniziative, e la copre di scherno e di ignominia.

Ed incomincia la dolorosa serie di disillusioni, di patimenti, di inenarrabili angoscie: lo sconforto spesso la coglie, la fame le fa stender spesso la mano e picchiar pietose porte: e trova talora un ricovero sicuro per il proseguimento di suo stato gravidico. E partorisce la misera in un pietoso asilo, ove rimane ancora per qualche giorno dopo il parto; e poi ne vien allontanata, chè altre donne colpite da egual sorte attendono lor propria vicenda.

Ed ora son due i derelitti, se pure il nuovo essere per i patimenti cui la donna andò soggetta durante la gravidanza non è nato per colmo di ventura morto: la madre ed il nuovo essere innocente, che incomincia all'atto di sua nascita a pagare a caro prezzo il triste perverso diritto del padre suo.

La donna nel maggior numero dei casi abbandona il bambino, internandolo in un apposito asilo mantenuto a spese della società: e diventa allora libera di se stessa, nella possibilità di attendere a qualche onorevole mestiere, sufficiente ai suoi bisogni materiali; ma ahimè che l' arte perversa del vile seduttore nel mentre ha fatto scempio dei miglior tesori posseduti dalla fragile, inesperta creatura, ha anche buttato in quel giovane cuore il terribile baco della corruzione. E la donna con facile abbandono corre ai liberi amori, e giù giù rotola rapidamente per quella fatale china, donde con difficoltà si salva; ed il vizio in tutte le sue svariate forme, la frode, l' inganno, la nequizia più lurida ed abbietta, il delitto, il mercimonio più ignominioso diventano il suo quotidiano pestifero alimento.

La porta aperta una volta (diceva una cotale a Marro, spiegando come dopo uno stupro essa si fosse data alla prostituzione) *non si chiude più a nessuno.*

Dolorosa odissea questa della misera fanciulla adescata, con squisite parole e promesse d' amore, dall' uomo che la renderà madre per poi rapidamente dileguarsi, circondato dalla maggior impunità; ma la più semplice, la più piana, la più corretta da parte della misera madre abbandonata, giacchè tutto stoicamente sopporta, e se stessa, le carni sue sacrifica ai fugaci colloqui d' amore.

Chè non sempre questo si riscontra!

Talora la donna abbandonata terribilmente insorge contro l'infame seduttore, e lo perseguita, lo raggiunge, lo colpisce, su esso fa valere un atto di giustizia per lei e per il figlio abbandonato; che se non gli riesce di coglierlo si rivolge allora al frutto del libero suo amore, e lo colpisce quando ancora lo alberga nel proprio ventre, e lo sopprime non appena ne sente i primi sommessi vagiti.

Infelice creatura che per tal modo, nel mentre si espone al sacrifizio della vita sua e di sue miglior attività, si rende rea di gravissimi delitti puniti acerbamente dalla legge umana.

Misero e derelitto anch' egli il figlio illegittimo è destinato a ben triste e doloroso peregrinaggio vitale.

Venuto al mondo inviso alla madre, che vede in lui la consacrazione ufficiale di sua colpa, indifferente al padre, che non ha il dovere di prenderne cura, il figlio illegittimo passa al soldo della carità pubblica, che cerca di occuparsene nel miglior modo possibile.

Migliaia e migliaia di illegittimi sono inviati all' allattamento mercenario, e solo qualche centinaio ritorna, portando sulle misere membra il marchio indistruttibile della colpa che li ha generati; giacchè la numerosa falange degli illegittimi è provvidenzialmente decimata da quella infame legione di mostri umani, che sì barbaramente sfruttano il cespite danaroso dell' allattamento mercenario.

Sono 20.000 ogni anno, dice Zola, *i bambini che le cornacchie di cattivo augurio distraggono da Parigi e che più non fanno ritorno.*

Ed è là sopratutto nel ridente paese di Rougemont, che può ritenersi la tomba dell' infanzia parigina, ove attivamente lavorano, nel loro quotidiano ininterrotto massacro di innocenti, infami donne, personificate con tanta efficacia in *madame Couteau* di *Fécondité* dalla magica penna profondamente umana di Zola.

Ma ne rimane sempre un buon numero, sfuggito alle numerose infermità che ne minano ed insidiano di continuo le fiacche energie vitali, cui fatalmente è riserbato ben triste e doloroso domani.

Che potrà mai fare, figuratelo voi, in questa turbolenta vita dell' oggi, un misero fanciullo spesso delinquente nato, cui manca il valido, austero ausilio di un vero padre, e la calda, amorosa carezza d' una madre gentile? Privo di qualunque insegnamento morale, di qualunque incitamento alle buone arti, e fuggito e deriso dagli altri uomini, che vedono in lui il bastardo immondo, crescerà quale aspro sterpo, destinato a caricarsi di fiori e di frutti pestilenziali. Il vagabondaggio, il vizio, il delitto in tutte le sue svariate forme albergheranno e faranno scuola fra i derelitti abbandonati, che divenuti adulti ed astuti criminali non isdegneranno di pigliare sui loro simili quelle acerbe rivincite, che ritengono esser loro dovute dai componenti d' una società perversa, che ha a loro rifiutato un nome, una famiglia, un onorevole ausilio negli anni migliori di loro vita.

Molti di questi miserabili possono considerarsi quali delinquenti nati, siccome figli della colpa; altri sono semplicemente *criminali d' abitudine, ossia individui nati normali e senza tendenze od organizzazione speciale per il delitto, che,* come afferma Lombroso, *non avendo trovato nell' educazione primitiva . . . quella forza che provoca, o per meglio dire, agevola il passaggio dalla criminalità fisiologica, propria della prima età, alla vita media onesta dei più, perseverano e poi peggiorano nelle tendenze primitive verso il male.*

. . . . . la criminalità infantile s' arresta fisiologicamente in un gran numero di individui in special modo sotto l' azione

dell' educazione che aiuta, diremo, la farfalla a svilupparsi dal bozzolo criminale primitivo, ma che si perpetua, quando, non solo l' educazione non favorisca la metamorfosi, ma anche vi si opponga, facendo, come nei popoli barbari e come nelle famiglie criminali, del delitto un' opera meritoria ed onorata, sradicando e deviando le resistenze ordinariamente diventate organiche, al ritorno verso la criminalità, o facendone un abito, con l' imitazione continua, e colla ripetizione.

Qual triste miraggio, giudicate voi, rimane alla misera donna resa madre ed abbandonata, ed al figliuoletto illegittimo nato senza padre: alla donna una gravidanza piena di spaventi, un parto doloroso, lo scorno e l' ingiuria, il disonore, le strettezze finanziarie, la fame, e poi il libertinaggio, la prostituzione, il confinamento in una casa di pena, a causa di procurato aborto, di infanticidio, di attentato alla persona dell' inumano seduttore; al bambino la morte nei primi mesi e nei primi anni, *unica spes*, una non sempre felice costituzione organica, una giovinezza burrascosa e triste, il vagabondaggio, la mendicità, il manicomio criminale, il carcere, la reclusione, l' ergastolo, a causa di delitti contro la persona e contro la proprietà altrui; mentre il padre inumano, che ha creato per la sua mania di godere, questo cumulo disastroso di infami conseguenze, non costretto, anzi incoraggiato da una legge iniqua, libero e dimentico di tutto e di tutti, corre alla conquista di nuove ebbrezze, di nuovi piaceri, altre donne feconda in libero connubio, oppure unitosi ad una inconscia vergine con saldi nodi matrimoniali, circondato del massimo rispetto e della generale considerazione, impianta una famiglia, mette al mondo nuovi esseri, che, sebben fratelli dei precedenti illegittimi, hanno diritto ad un nome, ad una famiglia, ad una educazione, ad una assistenza prolungata e sapiente.

Vedete incongruenza di cose umane!....

Una giovane donna, la quale in un momento di oblio, di amoroso abbandono, ha donato tutti i suoi più soavi tesori di gioventù, di bellezza ed è divenuta madre; un essere innocente, che concepito in quel sublime amplesso e poi nato derelitto, inconscio buttando i primi sommessi vagiti; loro due soli devono pagare, e così duramente, il fallo di un terzo: dell' uomo seduttore, il quale, unico responsabile ed agente in questo doloroso terzetto, facendo uso di sue arti persuasive, dell' ascendente suo, del diritto del più forte, ha conquistata la donna, l' ha piegata ai suoi voleri, l' ha resa madre e poi l' ha abbandonata.

Povera e misera donna a qual dura prova son posti gli anni tuoi brevi di vita terrena; e tu, innocente fanciullo, a quale sacrifizio umano vai esponendoti nel venire alla luce!

« *Senti, ascoltami bene o fanciullo derelitto,* » dice A. Dumas figlio, nella prefazione alla sua commedia *Monsieur Alphonse*, « *se sei figlio naturale non riconosciuto pensaci bene ed agisci con di-*

scernimento prima di deciderti a venire al mondo, poichè tu non avrai, sappilo bene, alcuna rivendicazione nè morale nè sociale da impugnare contro il padre tuo, qualunque prova tu abbia di sua paternità... Ma tu potrai ricercar la madre, solo però allorchè sarai arrivato ad un' età cosciente e ti riescirà dimostrare in qualche modo come tu sai appunto quel bambino che hai avuto la ventura di uscire dalle sue viscere.

E come tu vivrai fino ad allora? Come potrai, ciò non mi riguarda affatto ».

Eppure, come canta il poeta Lucrezio, sono i bambini che *quasi cursores vitae lampada tradunt;* e noi lascieremo avvizzire, pervertire, estinguere questa esile fiammella che racchiude tesori di vita; noi lascieremo corrompere e butteremo col piede il bambino: questa cosa sacra fra tutte!

« *O mille volte infame colui,* » esclama l'eminente giurista francese Emile Accolas, « *che covando nel cuore questo disegno perverso l' ha mandato ad effetto; mille volte infame colui che generato un bambino durante le estasi, i vividi e passeggieri rapimenti d'amore, od anche durante una semplice ebbrezza dei sensi, non comprendendo che già là entro il seno materno l' infante acquista il diritto di vivere, progetta e conduce a compimento la risoluzione omicida di abbandonarlo* ».

A no, questo crimine inumano non dev'esser permesso, questo strazio di esseri innocenti non deve continuare: è la ferrea mano della coscienza onesta della nazione, che afferra e rattiene il miserabile criminale, e si fa a chiedere ai governanti la sanzione legislativa di questo suo atto altamente civile e morale.

E ben venga questa legge da lungo desiata, la quale finalmente, riconoscendo anche nell' unione libera il dovere del padre alla responsabilità dei proprî atti, rivendica i fin qui calpesti e vilipesi diritti della madre e del figlio illegittimo.

Ogni diritto non può essere frutto che di un dovere compiuto, disse Giuseppe Mazzini: a quanti doveri non hanno finora ottemperato le madri ed i figli abbandonati, ed, a tal stregua, quali diritti dovranno essi accampare sull' uomo seduttore e padre, chiamato finalmente dalla legge a corrispondere ai proprî doveri!

E possa questa tardiva imposizione della legge ovviare in parte almeno agli infiniti danni individuali e sociali che ne vennero dal vieto della ricerca del padre naturale; e possa riceverne la feminilità, l' infanzia, l' istituzione del matrimonio e della famiglia, il grande e vitale istituto della patria nostra un valido aiuto a procedese vittoriosamente nelle feconde ed umane lotte di pace.

Quali sieno le modalità di questa legge, quali gli adattamenti suoi, onde poter rispondere con larghezza alle giuste richieste ed alle obbiezioni che si fanno al principio di ricerca della paternità, non è il caso che io venga enumerando e discutendo; ad altri meglio che a me, giacchè non ne ho l' attitudine e la preparazione giuridica, sarà dato di trattarne ampiamente.

Io mi ritengo pago di aver dimostrato ai cittadini di questa nobile città, che hanno sì benignamente seguito il mio dire, come legiferazione inumana, perversa, insidiosa veramente nei suoi immediati e lontani effetti, e quindi necessaria di un pronto rifacimento, sia quella, che sin qui vige in Italia, vietando la ricerca del padre naturale; e ciascun di voi, questa è la più grande rimunerazione che potrei chiedere al dispendio di mie energie, ciascun di voi, dico, uscendo di qui sia per essere il paladino convinto ed appassionato *della ricerca della paternità,* di questa nobile, altamente umana e civile idealità, che attende da una crociata novella la sua completa e larga rivendicazione.

RECENSIONI.

M. R. Robinson. — **De la prétendue action abortive du tabac.** (*Acad. des Sciences*, Séances 14-21 sept. 1908).

L'O. ritornando sulla interessantissima e palpitante questione dell' influenza abortiva dei principi tossici del tabacco, (di cui ci siamo già occupati nei numeri precedenti del nostro periodico) a comprova della tesi da lui sostenuta, che l'intossicazione tabagica non avrebbe poi quell'azione abortiva da altri voluta, cita alcuni dati sperimentali condotti su animali da esperimento ed alcuni dati statistici condotti nella specie umana, appunto in Oriente, ove le donne fumano il narghilè e numerose sigarette (30-40 pro die).

Dai dati sperimentali risulta che non tutte le specie animali si comportano egualmente per rapporto alla intossicazione nicotinica: così nel coniglio bastarono piccole quantità di tabacco per provocare l'aborto, mentre in una cagna ed in una gatta potentemente intossicate l' una con una quantità considerevole di estratto fluido di *tumbeki* (tabacco persiano), l'altra a mezzo dei vapori di tabacco, non si riescì ad ottenere l'interruzione della gravidanza.

I risultati della statistica condotta sulle donne fumatrici in Oriente dimostrò che non un solo caso di aborto può essere imputato direttamente all'intossicazione nicotinica, per moduchè l'O. si ritiene in dovere di concludere che il tabacco non possiede alcuna azione abortiva nella donna sana.

Per contro, soggiunge l' O., lo stesso non si può affermare per le donne in preda ad intossicazione nicotinica presentanti anche lesioni minime dell' apparecchio genitale. In queste donne basta infatti un accidente insignificante per provocare l'interruzione della gravidanza. Ciò spiega appunto, secondo l'O., la frequenza degli aborti nelle operaie delle manifatture da tabacchi, le quali nella generalità dei casi sono mal nutrite, in cattivo stato di resistenza organica ed assai spesso affette da infezione blenorragica e sifilitica.

Rebaudi.

R. Vitanza. — **Dell' influenza dell' intossicazione nicotinica sulla mestruazione, sulla gravidanza, sul parto e sul puerperio.** (*Atti del I Congresso Nazionale per le Malattie del Lavoro*, Palermo 19-21 Ottobre 1907).

L' O., in seguito ad opportune ricerche statistiche condotte su 28 operaie addette alla R. Manifattura dei Tabacchi in Palermo, di cui 6 nubili e 22 maritate, in cui ebbe a notare la percentuale del 18 0[0] per gli aborti, e menoraggie gravissime e persistenti ad ogni medicazione emostatica a carico di tutte le sei nubili e di parecchie coniugate non gravida, convalidate da ricerche sperimentali condotte su diversi animali (cavie, cagne, coniglie) a mezzo di iniezioni ipoder-

miche di infuso di tabacco da fumo, conclude che l' intossicazione cronica da nicotina dannosamente agisce sull' apparecchio genitale della donna alterandone le sue funzioni non solo durante la gravidanza, il parto, il puerperio, ma anche nel periodo extragravidico.

Le alterazioni prevalenti e più spiccate sono a carico della mucosa uterina.

Se aggiungiamo all' azione deleteria esplicata sulle funzioni genitali dalla intossicazione nicotinica la posizione speciale ed i movimenti a cui sono soggette le donne addette alle Manifatture Tabacchi, si comprenderà come grave di non lievi conseguenze possa essere questo gravoso lavoro nelle donne incinte, sopratutto poi se prolungato fino agli ultimi mesi di gestazione e ripigliato troppo prematuramente durante il puerperio. Penose ne sono le conseguenze non solo per le misere madri, ma anche per i nascituri.

Se dunque non è possibile impedire alla donna un lavoro così deleterio per le sue funzioni genitali, si usino almeno dei riguardi in prò di queste infelici, proteggendole durante il periodo di gravidanza e di puerperio.

Gli Asili per gravide e partorienti, i Baliatici in parte possono riparare a tali inconvenienti. *Rebaudi*

ODILON-PLATON. — **Défendons la femme contre l' avortement.** (*Revue de Vulgarisation des Sciences Médicales*, Juillet 1908).

Noi insegniamo, ed anche cerchiamo di diffondere largamente, che l'aborto è un delitto, e per di più un delitto pregno di conseguenze gravissime e dolorose presenti e future per la misera donna, e che molto miglior cosa e men dolorosa sarebbe condurre a termine la gravidanza normale. Ma offriamo noi alle fanciulle tradite, alle fanciulle abbandonate, cadute nel disonore e nella vergogna, i mezzi per condurre a termine la increscioso gravidanza? Pur troppo ben poco si è fatto a questo riguardo e si lasciano queste misere donne in preda all' infame artefice dell' aborto.

E' appunto al grido di « *défendons la femme contre l'avortement* » che l' A. alla stregua dell' ottimo pensare, che non basta solo raccogliere i fanciulli abbandonati viventi, ma sopratutto i fanciulli che saranno per nascere, strappandoli alle fatali grinfie delle « *faiseuses d'anges* », propone il sorgere per ciascuna provincia di ricoveri *ove senza alcuna richiesta, nè documento, nè riconoscimento* possa essere ricevuta nel più stretto incognito qualunque donna incinta *ed a qualunque mese di gestazione.* Ricoveri che non dovranno essere ignorati, ascosi, ma largamente conosciuti e muniti di un vero sistema di pubblicità nelle città e nelle campagne, giacchè solo in tal modo si potrà far fronte alle trame infami e dilaganti per tutto dell' aborto.

Potranno forse, soggiunge l' A., le coscienze troppo pure e troppo giuste gridare allo scandalo e sostenere che per tal modo non si fa altro che incoraggiare il vizio. Ma molto miglior partito è incoraggiare il vizio, se vizio può ritenersi, piuttostochè permettere che il delitto d' aborto continui spaventosamente il suo odioso lavorio destruente sulla razza umana.

Rebaudi

E. BRINES. — **Bulimia recidivante ad ogni gravidanza.** (*Medicina Valenciana, 1908*).

Si tratta di una donna di 38 anni, senza nulla di gentilizio, la quale dopo il suo matrimonio che rimonta a 23 anni fa, ebbe 13 gravidanze tutte normali, con parti facili e rapidi, puerperi fisiologici. Però durante tutte le gravidanze trascorse, come pure in quest'ultima, ella che nello stato extragravidico è di poco appetito, ebbe a notare e nota una perdita dell'odorato e contemporaneamente la comparsa d'un appetito formidabile, che la costringe ad ingerire gran quantità di alimenti senza alcuna preferenza: ogni giorno ingoia 4 libbre di pane, due polli, una enorme tazza di caffè e latte dopo ogni pasto, grande abbondanza di acqua ed anche vino, che nelle condizioni ordinarie le è inviso. E questa bulimia aumenta in intensità mano mano si va oltre nella gravidanza, e si fa più accentuata ad ogni nuova gestazione; continua per un periodo di circa quaranta giorni dopo il parto e poi cessa entro tre o quattro giorni subentrando un vero stato di anoressia, accompagnato non di rado da una avversione completa per gli alimenti.

Durante il periodo di bulimia urina molto e di spesso, mentre che nelle condizioni normali minge in media due sole volte nelle 24 ore; la defecazione si fa regolarmente una volta al giorno, mentre di solito è stitica.

È a notare, che ogni volta che si trova incinta di una femmina, la donna presenta durante i primi due mesi di gravidanza delle nausee leggiere e stomatite intensa accompagnata da salivazione abbondante; disturbi questi che non avverte allorchè è incinta di un maschio, nel qual caso invece v'è a notare che l'appetito è maggiore e poi verso il quarto mese alla piega flessoria del gomito destro compare un' eruzione molto pruriginosa che tosto scompare dopo il parto.

Rebaudi.

J. San — **Accessi d'asma dileguantesi durante la gestazione.** (*Revista de medicina y chirujia practica*, *1908*).

È interessantissimo il caso clinico riferito dall'A. per la costanza e la chiarezza del fenomeno. Una donna la quale durante lo stato extragravidico è in preda a violentissime crisi asmatiche, vede infallantemente sparire i suoi disturbi entro le prime sei settimane della gestazione. Questo benessere è temporaneo, giacchè circa due mesi dopo il parto ricompaiono le sue solite sofferenze.

Rebaudi.

Matteo Oppecini, *Gerente responsabile.*
Stab. Tip. G. B. Marsano, *Corso Buenos Ayres, 21 - Genova.*

Anno I. Dicembre 1908. Fasc. 12

LA GINECOLOGIA MODERNA

Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia

E DI

PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

PARTE I.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

Istituto Ostetrico - Ginecologico della R. Università di Genova

DIRETTO DAL PROF. L. M. BOSSI

Ovaia, corpi lutei ed isolotti del Langerhans

PEL DOTTOR STEFANO REBAUDI, ASSISTENTE

Il pancreas è un organo glandulare annesso alla prima porzione dell' intestino tenue, entro cui per mezzo di uno o più condotti versa il prodotto di sua secrezione: prodotto ad attività enzimatiche multiple indispensabili alla digestione intestinale.

Questa secrezione, che dovrà nomarsi *esterna, esocrina,* se è la più manifesta, la più ovvia, la più studiata nei suoi minuti comportamenti, nelle sue modalità di funzione, non è però la sola, ne la più importante, giacchè, come già era balenato alla mente di sapienti anatomo-patologi in tempi relativamente da noi lontani, e come fu provato successivamente e tuttora si va affermando per i brillanti resultati di esperimentazioni ingegnose, condotte sopra mammiferi prima ed altri vertebrati in seguito, il pancreas, a somiglianza di altre glandule dell' economia umana, compie un' altra più complessa funzione, che esplicandosi direttamente per la via sanguigna con sottili meccanesimi sull' intimo metabolismo vitale, ben a ragione deve nomarsi *interna, endocrina.*

Il pancreas adunque ottempera contemporaneamente a due importantissime e capitali mansioni : una di secrezione esterna ad azione complessa digestiva, una di secrezione interna, che, se è già dimostrato esercitare una qualche influenza regolatrice sul ricambio degli idrati di carbonio, ci si va rivelando assai più complessa che non apparisse tutta prima.

Concordi nell' assegnare al pancreas questa doppia funzione si è pensato allora di ricercare gli elementi che queste varie attività esplicano. E siccome è risaputo che funzioni disparate sono condotte da elementi cellulari a caratteristiche istologiche nettamente differenziabili, così, studiando al microscopio la costituzione morfologica del tessuto pancreatico, si volle localizzare in alcuni dati aggruppamenti cellulari le funzioni di digèstione, in altri le funzioni di secrezione interna; e si indicarono cellule esocrine e cellule endocrine nettamente differenziate e differenziabili.

Esistono nel pancreas dei vertebrati, degli elementi di natura epiteliale, e sono le cellule acinose, centroacinose e dei dutti, raggruppate a formare una glandula vera e propria; e degli altri elementi, omai anch' essi riconosciuti di natura epiteliale, però riuniti, ammassati irregolarmente a formare delle zolle chiuse, prive di dutti escretori, irrorate abbondantemente da una ricca rete capillare, cui si addossano largamente le cellule costituenti, nomate dal loro scopritore *isolotti del Langerhans.*

È appunto in questi tessuti a caratteristiche morfologiche distinte, che gli autori, sorretti da numerosi dati e reperti sperimentali, localizzarono le due ben distinte funzioni pancreatiche. Alla porzione nettamente glandulare, costituita dalle cellule acinose, centroacinose e dei dutti fu assegnata la funzione di secrezione esterna; alla parte chiusa dell' organo, alle isole del Langerhans la funzione di secrezione interna, endocrina.

Funzioni queste esclusivamente disimpegnate da questo o da quell' aggruppamento cellulare, per modo che nel pancreas si avrebbero due organi nettamente distinti: una *glandula esocrina,* costituita dagli acini e dai dotti, una *glandula endocrina,* costituita dall' insieme di tutte le isole del Langerhans disseminate entro l'organo. Teoria questa detta *separatista,* che conta fra i suoi sostenitori studiosi valentissimi, quali Laguesse, Schaefer, Vassale, Diamare, Schultze, Sauerbeck, Mankowski, Goutier de la Roche, ecc.

Pareva che questa concezione, sorretta da brillantissimi ed ingegnosi reperti sperimentali, iniziati in modo veramente classico, già sino dal 1889 da Vassale, dovesse sostenere vittoriosa ed incontaminata la acuta sferza della critica, ma a torto. chè sono recentissimi gli appunti che le si rivolgono, e tuttora si combatte per opposte vie e con diverse argomentazioni un' accanita tenzone. Nel mentre proprio pochi mesi or sono il Diamare, sostenendo una polemica su questo argomento, afferma che le *isole di Langerhans hanno la significazione di veri e proprî corpi epiteliali, di minime glandulette vascolari, disseminate sul corso dell' albero pancreatico, immutabili nel corso della vita, comunque sorte da esso, deputate ad una secrezione interna specifica, che anatomicamente e fisiologicamente parlando, non ha nulla a vedere colla secrezione esterna;* si sostiene con ardore in recentissime pubblicazioni di Pende, Von Rynberk, Palumbo, Lombroso, Sacerdote, ecc., che la *teoria separatista manca di sicura base sia morfologica, sia sperimentale,* che

altre ricerche sono *necessarie per una precisa determinazione degli elementi che presiedono alla funzione endocrina del pancreas*, e che è ingiusto e troppo esclusivo il ritenere che solamente le isole di Langerhans partecipino alla secrezione interna del pancreas, giacchè anche le cellule degli acini pare contribuiscano a questa funzione.

***

Langerhans nell' anno 1869, esaminando a debole ingrandimento dei tratti di pancreas di coniglio, lasciati immersi per due o tre giorni nel liquido di Müller, riscontrò per primo disseminate qua e là entro il parenchima pancreatico delle macchioline di colorito giallo bene differenziate, della grandezza di 1-2 dec. di mm.; che dissociate si mostravano costituite da un aggruppamento di piccole cellule (9-12 μ), di forma poligonale, a protoplasma omogeneo, brillante, rifrangente, con nucleo chiaro e rotondo, nucleolo, facilmente riconoscibili per un loro splendore particolare. Chiamò queste macchioline *accumuli* od *isole cellulari* (Zellhaufchen), che dal nome del loro scopritore presero l' appellativo *del Langerhans*, come appunto tuttora vengono denominate.

Rimasto quasi dimentico lo studio loro in quei primi anni, se si tolgono le ricerche isolate di Saviotti e di Von Ebner, occorre portarci sino all' anno 1879, cui data un' ottimo lavoro di Renaut, per riscontrare i primi vitali contributi alla conoscenza di questi oscuri e misteriosi elementi pancreatici. Da allora si moltiplicarono le ricerche, si susseguirono rigogliosamente le osservazioni tanto condotte nel campo clinico, quanto nel campo sperimentale, che dovevano portare alle moderne concezioni sulla loro fine struttura istologica, sui minuti caratteri morfologici, sulla natura, sulla funzione loro.

Gli isolotti del Langerhans, che appaiono nelle sezioni microscopiche colorate, quali zone nettamente circoscritte in mezzo al tessuto pancreatico, tingentesi a tonalità più leggiera, si riscontrano costantemente in tutti i mammiferi e negli uccelli; sono numerosi nell' uomo.

Di numero e di grandezza variabilissimi da specie a specie ed anche negli individui della stessa specie, sono piccoli e numerosi nel cane, nell' armadillo, ecc., per modo da ridursi a poche cellule disseminate fra i lobuli pancreatici; sono grandi nell'uomo, nella scimmia, nei roditori (cavia, coniglio, ecc.) (Kuhne e Lea, Harris e Gow, ecc), grandissimi nella vipera, in cui raggiungono persino una dimensione di 2 $^{1}/_{2}$ mm. in lunghezza (Laguesse). Sono di forma variabile, giacchè essa dipende spesso dalla pressione esercitata dai lobuli pancreatici vicini: però si può ritenere che nel topo, nel riccio, nella cavia predominino le isole di forma globosa, nel coniglio sieno più frequenti quelle a forma allungata e leggermente contorta ed anche digitata.

Occorre far rilevare che la varia grandezza delle isole non è solamente dovuta alle differenze reali esistenti nelle dimensioni da isola ad isola, ma anche pel fatto che, nel condurre i tagli col microtomo, gli isolotti si incontrano ora nei punti di massimo loro volume, ora nei punti distali più sottili, e si tagliano più o meno obliquamente. È concordemente provato che gli isolotti assai numerosi verso la coda del pancreas, sono più scarsi in numero alla testa.

Come resulta dagli studî istologici accuratissimi condotti in merito all' argomento, questi accumuli pancreatici sono costituiti da specie di cordoni cellulari, pieni, a decorso tortuoso, che si anastomizzano colà ove vengono a contatto.

Le singole cellule costituenti, a dimensioni sempre più tenui delle comuni cellule degli acini pancreatici e munite di minore affinità per le sostanze coloranti, possono presentarsi sotto due aspetti: alcune di forma irregolarmente rotondeggiante, ma sopratutto poliedrica se stipate fra loro, a nucleo centrale ricco in cromatina, a carioplasma trasparente con piccolo nucleolo; altre di forma allungata quasi cilindrica, disposte prevalentemente alla periferia dell' isolotto, con nucleo spostato ad uno dei poli, ricco in cromatina, a carioplasma diffusamente colorato, con nucleolo piccolo, non sempre rilevabile. I contorni dei singoli elementi assai spesso finiscono indistinti e l' isola appare costituita d'una massa uniforme di protoplasma disseminata di numerosi nuclei: carattere questo non raro a riscontrarsi nel cane (Lewaschew), frequentissimo e e quasi consuetudinario nella cavia. Usando speciali colorazioni metodo Galeotti, Marrassini, ecc.) ci si accorge che il citoplasma d'ambedue queste forme cellulari è cosparso di fini e numerosissimi granuli, colorati in rosso dalla fuxina, di piccole dimensioni, paragonabili ai granuli cromatici del nucleo; assai più numerosi negli elementi della seconda specie, per modo talora da mascherarne completamente la struttura del protoplasma.

Questi accumuli cellulari sono abbondantemente irrorati: esiste una ricca rete capillare peri ed intrainsulare con vasi ampî, irregolarmente bozzuti ed in contatto immediato con un gran numero di elementi cellulari, (Renaut, Kuhne e Lea, Laguesse, ecc). Quando le maglie della rete capillare interalveolare sono relativamente larghe, si trovano nelle isole, secondo questi autori, delle specie di glomeruli formati da anse capillari corte, molto larghe, molto fitte e tortuose, alimentate in parte direttamente da arteriole terminali, in parte dai capillari ordinarî. Gli spazî vuoti fra i cordoni cellulari debbono ritenersi sezioni di vasi capillari dilatati.

Lunga discussione si è fatta intorno alla natura morfologica di questi isolotti, asserendo alcuni autori essere dei follicoli linfatici chiusi, contro l' opinione della maggioranza che li ritenne e tuttora li ritiene d' origine epiteliale. (Saviotti, Renaut, Lewaschew, Dogiel, Harris e Gow, Diamare, Giannelli e Giacomini, ecc.). Opinione questa del resto largamente suffragata dalle ricerche embriologiche

di Laguesse, Brachet, Giannelli, Pearce, Kinter, ecc., e dalle ricerche di alcuni autori, quali Lewaschew, Dogiel, ecc., che ritengono le isole provenire dagli acini, e Laguesse che va forse troppo oltre, affermando esista fra acini ed *insulae* un processo ad altalena, per cui ogni gruppo cellulare passerebbe vita natural durante dallo stato acinoso a quello insulare e viceversa ininterrottamente. Teoria della variabilità e della trasformazione delle isole, che se trova anche recentemente dei sostenitori, i quali ritengono che le *insulae* provengano dagli acini (Mankowski, Dale, Gentes, Kantarowicz, Orru, Perdrigeat e Tribondeau, Tschassownikoff, Marrassini, ecc.), od anche le isole rappresentino i prestadii degli acini (Karakascheff), è strenuamente combattuta da un buon numero di valenti ricercatori, i quali concludono concordemente per l' invariabilità e l' indipendenza delle *insulae* (Massari, Giannelli, Diamare, Renaut, Iargtsky, Stschatny, W. Schultze, Opie, Ssobolew, Stangl, M. B. Schmid, Pensa, ecc.). I separatisti sono specialmente favorevoli all' indipendenza delle *insulae,* giacchè stona il ritenere che gli elementi cellulari costituenti delle due distinte glandule pancreatiche possano cambiare forma, aggruppamento e funzione.

Un' interessantissima discussione cui ha preso parte uno stuolo veramente innumere di sapienti osservatori è quella che da anni ed anni con varia fortuna si è impegnata attorno alla funzione di queste isole.

Prima che Mering e Minkowsky nell' anno 1890 avessero dimostrato nel pancreas una secrezione interna, molti autori, e specialmente quelli che avevano trovato un' analogia morfologica fra acini ed isole, ritennero che le isole producessero uno dei componenti digestivi del succo pancreatico (Harris e Gow, Wild, Giannelli, Giacomini, Jarotski, ecc.). È dal 1893, per opera di Laguesse e Schaefer, che si incominciò ad entrare nel concetto che il tessuto pancreatico allo stato di acino provvedesse alla funzione esterna, allo stato di isola esclusivamente alla funzione interna. Però le prime ricerche, che condussero alla netta differenziazione dei due tessuti pancreatici, debbono esser rivendicate ad un illustre italiano, che altre luminose tracce ha lasciato nel campo della fisiopatologia generale: il Vassale, che, già sino dal 1889, avendo osservato in animali da esperimento il persistere delle *insulae* anche parecchio tempo dopo la recisione e la legatura del dotto di Wirsung, affermò esser probabile che l' isole di Langerhans *stiano a rappresentare non già modificazioni degli ordinarî acini ghiandolari dovute ad una iperattività funzionale, come vorrebbe il Lowaschew, ma bensì parti integranti esistenti a sé nel pancreas dei varî animali, il significato delle quali resta a determinarsi.*

Ma non bastava sapere che le isole del Langerhans disimpegnano la funzione interna del pancreas, si volle anche conoscere di qual genere fosse questa secrezione e quale azione esercitasse nell' organismo umano. E le ipotesi furono disparate e controverse, fino alla classica esperienza condotta nel 1903 da Laguesse con

Gouthier de la Roche, donde avendo apparso come qualmente il pancreas pur ridotto ad una glandula endocrina tipica, è per sè capace di preservare l'animale in esperimento dal diabete, si venne a ritenere con sicura presunzione che le isole del Langerhans avessero nell'organismo la specifica funzione di presiedere al retto ricambio degli idrati di carbonio. Altre numerose ricerche sperimentali condotte con svariati metodi d'indagine, osservazioni anatomo-patologiche eseguite sul pancreas di individui venuti a morire per diabete zuccherino, vennero viepiù ad affermare e convalidare questa ipotesi, sicchè Diamare può venire alla conclusione che le isole di Langerhans, *minime glandulette vascolari,* sono deputate ad una secrezione interna, *che tutto induce a ritenere si esplichi, in maniera indiretta, sull' economia degli idrati di carbonio.*

E la teoria separatista venne così, per un enorme cumulo di contributi positivi, affermandosi nel campo scientifico, universalmente accetta con entusiasmo e con unanime assentimento; se non che alcuni dati sperimentali e clinici, raggiunti in questi ultimi anni, parvero scuotere le omai quasi indistruttibili sue basi. Infatti, visto e considerato (Lombroso, Lombroso e Sacerdote, ecc.) che nel coniglio, dopo la legatura del dutto escretore, oltre alle *insulae* permangono, benchè alterati, molti acini pancreatici per molto tempo e bene conservato l'epitelio dei dutti; che sessanta giorni dopo la legatura del dutto principale nei conigli si riscontra una vera rigenerazione degli acini (Tiberti), e che nel cane e nel colombo (Lombroso) si hanno resultati contradditorì, si affaccia il dubbio che le *insulae* non siano gli unici elementi a secrezione interna del pancreas, ma che anche le cellule degli acini vi piglino parte. E questo dubbio si fa tanto più sentito, per quanto riguarda la specifica funzione assegnata alle *insulae,* di presiedere cioè al retto ricambio degli idrati di carbonio, giacchè, per citare uno solo dei dati sperimentali contradditorî, Hédon in conigli, ove aveva legato il dutto di Wirsung, vide dopo un certo tempo sparire la glicosuria che era comparsa quattro settimane dopo l'intervento; e si accumulano i casi clinici di diabete che all'esame anatomo-patologico non hanno presentato alterazione alcuna a carico delle isole del Langerhans. (Thoinot e Delamare, Lazarus, Karakaschew, Herxheimer, Pende, ecc.), mentre si osservano al tavolo anatomico gravi alterazioni a carico del pancreas e sopratutto poi degli isolotti in individui che non avevano mai presentato glicosuria (Carnot e Ancet, Pende, ecc).

Ricerche in parte contradditorie queste, che, prese da noi in seria considerazione, ci permettono di ritenere, riassumendo le conoscenze tutte che abbiamo su questa controversa questione, che le isole del Langerhans, se non sono gli unici elementi del pancreas votati ad una secrezione interna qualunque essa sia (non possiamo sicuramente specificarla), ne sono però, sopratutto per le caratteristiche loro morfologiche sulle quali non v'è dissenso, la precipua, la più importante, la più appariscente e probativa sua sede.

É per questo giustificatissimo l' assunto mio, che, nell' intento di studiare i rapporti possibili esistenti fra secrezione interna dell' ovaio e secrezione interna del pancreas, abbia preso specialmente in considerazione questi isolotti, i quali, seguiti accuratamente nelle loro caratteristiche isto-microscopiche, bellamente si prestavano a coglierne le possibili minute variazioni.

***

Se, come appare adunque dimostrato dalle precedenti ricerche rapidamente enumerate, gli isolotti del Langerhans stanno a rappresentare se non l' unica, certo la più importante, la più cospicua sede tangibile di secrezione interna del pancreas, ne verrà spontaneo il pensare, che ad essi possano rapportarsi quelle consideraioni e quelle proprietà, cui obbediscono tutti indistintamente gli organi a secrezione interna dell' economia animale.

È provato da interessantissime e brillanti esperimentazioni, che vanno man mano sempre più arricchendosi di novelli reperti clinici, anatomo-patologici, biochimici, come i varî organi a secrezione interna si mantengano fra loro in uno strettissimo rapporto funzionale, per modo che le mutate condizioni dell' uno provocano invariabilmente modificazioni negli altri, rilevabili dai reperti clinici, dagli esami anatomici macro e microscopici e dai prodotti di loro attività variamente alterati Dopo le prime osservazioni di Pineles innumerevoli ricerche si sono susseguite, le quali hanno contribuito a delucidare sempre più ampiamente questa questione, comprovando e convalidando del tutto questo nostro asserto.

Tutti indistintamente gli organi a secrezione interna dell' organismo furono studiati nei loro stretti rapporti di funzione; ed asportando un organo o limitandone la sua attività funzionale, oppure esaltandola furono minutamente seguite le più lievi modificazioni rilevabili partitamente negli altri singoli organi. E di questi, primi a studiarsi furono i più imponenti e più facilmente aggredibili nelle loro manifestazioni macro e microscopiche, e vennero poi i più tenui, minuti, quelli che sfuggivano agli antichi facili e grossolani metodi di investigazione, sempre giungendo a conclusioni interessanti ed insperate.

Fra questi organi a secrezione interna ne furono riscontrati alcuni ad analoga funzione, altri a funzione opposta, tutti però controbilanciantesi al supremo fine de la salute dell' organismo. Forme morbose ad intima patogenesi oscura, speciali comportamenti sintomatologici dei morbi videro schiarirsi alle novelle conquiste di ricercatori sapienti, che per l' addietro solamente muniti dei sussidî dell' esame clinico grossolano, dell' anatomo-patologia macro e microscopica, ora entrano in lizza armati di tutti i più recenti mezzi d' indagine isto-bio-chimica di cui si è arrichito il reagentario fisiopatologico.

Furono studiati minutamente i rapporti che legano, per quanto

è rilevabile coi reperti anatomici macro e microscopici, la tiroide alle paratiroidi, al timo, all' ipofisi, alle glandule surrenali, al rene, al fegato, ecc., e viceversa le paratiroidi, il timo, l' ipofisi, le glandule surrenali, ecc., a tutti i rimanenti organi a secrezione interna: rapporti che recentemente andarono e vanno via via delucidandosi ed affermandosi per merito delle recenti conquiste della chimica biologica, che presta efficacemente i suoi accurati mezzi di indagine a queste sempre nuove e veramente palpitanti questioni di fisiopatologia generale.

Ed anche il pancreas, quale organo a secrezione interna, e specialmente gli isolotti di Langerhans, furono studiati anatomicamente e biochimicamente nei loro possibili rapporti cogli altri singoli componenti la importante famiglia delle glandule vascolari senza dutti, a funzione endocrina. Il pancreas fu esportato in totalità ed in parte, il pancreas fu condotto da uno stato di iperfunzione, e furono accuratamente studiate le modificazioni insorte in altri organi a secrezione interna; per contro alcuni di questi organi a secrezione interna furono aboliti in parte od in totalità, oppure ne fu esaltata la funzione, e furono allora conseguentemente studiate le modificazioni venute in campo a carico dell' organo pancreatico nonchè degli isolotti di Langerhans.

Così Quinqaud ha osservato che nei cani etiroidati il pancreas si fa iperemico, Lorand e Minkowski nei cani spancreatizzati hanno riscontrato iperemia della tiroide ed un accumulo in quantità esagerata di sostanza colloide; Pirera ha notato nel pancreas di cani ipertiroidizzati delle lesioni a carattere distruttivo, localizzate quasi esclusivamente nelle isole del Langerhans; nel pancreas di cani tiroidectomizzati un apparente aumento numerico ed una evidentissima iperplasia degli isolotti; nei cani spancreati una evidente ipersecrezione ed iperfunzione della tiroide: fatti questi che stanno a dimostrare come esista un innegabile rapporto funzionale con una certa azione vicaria fra tiroide e pancreas. Dai reperti delle esperimentazioni condotte sul ricambio di animali variamente trattati, appare appunto dimostrato come qualmente tiroide e pancreas sieno due organi a secrezione interna a finalità opposte e controbilanciantisi; giacchè la glicosuria che la glandula tiroide tende a produrre è neutralizzata dall' azione glicolitica del pancreas. Lorand ha fornito a sostegno di queste vedute non solo delle prove sperimentali, ma anche delle prove cliniche e terapeutiche. Così è frequente la glicosuria negli stati di iperattività della glandula tiroide, sia in casi pressochè fisiologici (allattamento, gravidanza), sia in casi patologici (clorosi, basedowismo); inoltre, se nei diabeti magri si intraprende una medicazione antitiroidea con rodagene od antitiroidina Moebius, si ottengono dei buoni resultati curativi con sparizione e diminuzione della glicosuria.

Gli stessi rapporti è provato esistere fra pancreas e sistema cromaffine, che trova la sua più importante sede nelle capsule surrenali, ed accessoriamente in altri organi, quali l' organo del

Zuckerkhlandl, l'ipofisi, ecc. Questi rapporti di già studiati da Herter, Bierry e Gatin, Lépine figlio, indirettamente da Lazarus, che in animali resi diabetici con iniezioni di florizina riscontrò una contemporanea ipertrofia del pancreas (per ipertrofia ed iperplasia delle *insulae*) e delle capsule surrenali, sono stati recentementi convalidati con nuove più sottili argomentazioni da Falta, Eppinger e Rudinger, che comunicarono i risultati di loro esperienze alla Società dei Medici di Vienna nella seduta del 7 Febbraio 1908 e poi all' ultimo Congresso tedesco di Medicina Interna, tenuto a Vienna il 6-9 Aprile u. s.

Questi autori hanno potuto riscontrare che nei cani stiroidati il ricambio azotato è ridotto a meno della metà del normale e non è più influenzato neanche dall' ingestione di forti quantità di grassi e di idrati di carbonio. Ambedue questi fenomeni scompaiono dietro la somministrazione di estratti di glandula tiroide.

Le iniezioni di adrenalina in cani stiroidati non provocano glicosuria, nei cani spancreati determinano un notevole aumento della glicosuria. I cani contemporaneamente privi di tiroide e di pancreas presentano forte glicosuria; il ricambio azotato, in caso di inanizione, è appena aumentato ed i rapporti del glucosio all' azoto urinario toccano dei valori superiori a quelli che si ottengono nel caso dell' estirpazione del solo pancreas.

Vuol dire che fra corpo tiroide, pancreas, sistema cromaffino si dimostrano stretti legami, fra cui importantissimo un antagonismo reciproco di funzione fra il pancreas ed il corpo tiroide da un lato, il pancreas ed il sistema cromaffino dall' altro, nel mentre il corpo tiroide ed il sistema cromaffino sono suscettibili d' esagerare assieme uniti le loro funzioni. Per modo che se uno di questi organi glandulari cessa, oppure esagera la propria funzione, le conseguenze che ne vengono non debbono unicamente ascriversi all' effetto prodotto dalla soppressione o dall' esaltamento di tale secrezione interna, ma debbono rapportarsi all' influenza esercitata sui due altri apparecchi glandulari.

Affermazioni queste che oltre avere una sanzione sperimentale, hanno una controprova clinica. Infatti la glicosuria così frequente nel gozzo esoftalmico può esser spiegata da una iperfunzione del corpo tiroide ed un ipersecrezione di adrenalina, cui s' unisce la insufficienza pancreatica consecutiva all' iperfunzionamento tiroideo. Nel mixoedema l' adrenalina non produce glicosuria a causa dell' iperfunzionamento secondario del pancreas.

Questa interessantissima comunicazione ha suscitato una viva discussione, cui prese parte anche Fränkel, il quale rese note alcune esperienze tutt' ora in corso nella sua clinica, dalle quali risulterebbe che l' adrenalina deriva nell' organismo dalla tirosina per parecchi processi successivi (ossidazione, scissione di CO^2, metilazione). L' ossidazione può essere eseguita da parecchi organi ed anche dalle capsule surrenali. La scissione di CO^2 dagli acidi aminici producendo aminobasi può esser eseguita da molti organi,

ma specialmente dal pancreas, essendo noti altri esempi di trasformazioni simili. La metilazione non può essere eseguita dalle capsule surrenali, mentre Hofmeister dimostrò che molti organi e con speciale intensità le glandule sessuali, sono in grado di eseguire la metilazione dell' acido tellurico.

Ecco che, in questa grande e complessa catena di funzioni organiche interne, vengono ad essere strettamente compresi, anche per le mirabili e sottili trame e reazioni biologiche, organi diversi, quale il pancreas, la tiroide, le capsule surrenali, l' ipofisi, le glandule genitali: organi che già in seguito ad altre ricerche si erano dimostrati in un qualche legame anatomico, donde se ne poteva arguire con presuntiva verosimiglianza d' una possibile corrispondenza di funzione qualunque essa sia.

Si fa deficiente una speciale funzione sita prevalentemente in un dato organo, ed altri omologhi modificano subito la propria azione allo scopo del benessere completo dell' organismo; chè se questo meccanesimo non venisse in campo o fosse inadeguato, a causa di lesioni più o meno profonde di parte o di tutto il sistema glandulare endocrino, potrebbe subentrare un' insufficienza mono o pluriglandulare endocrina, come ne fanno fede i reperti sperimentali ed anche i recentissimi contributi clinici ed anatomo-patologici. Basta a tal uopo ricordare il recente caso descritto da Claude e Gougerot, i quali, in un individuo giovane clinicamente affetto da insufficienza pluriglandulare endocrina, all' esame anatomo-patologico macro e microscopico riscontrarono contemporaneamente atrofia del corpo tiroide, delle glandule paratiroidi, delle capsule surrenali, dell' ipofisi, del rene, del fegato, del pancreas, di cui specialmente colpiti si mostravano gli isolotti *rares et flo's.*

* * *

Le glandule genitali maschili e femminili sono glandule a secrezione interna: questa grande verità enunciata già nel 1875 da Brow-Séquard ha poi trovato nei numerosi reperti di esperimentazioni posteriori e tutt' affatto recenti una larga eco di brillanti conferme.

Gli organi genitali interni maschili e femminili, per questa loro secrezione interna, giuocano una parte importantissima sull' intimo metabolismo organico (Curatolo e Tarulli, Pinzani, Loewy e Richter, Schultz e Falk, Luthje, Lambert, Mossé e Oulié, Heymann, ecc.), gli organi genitali interni maschili e femminili contraggono strettissimi ed intimi rapporti con tutti gli organi e tessuti dell' economia e sopratutto coi varî organi a secrezione interna (Fichera, Calzolari, Cecca e Zappi, Tescione, Anderson, Paton, Marenghi, Cesa-Bianchi, Valtorta, Raineri, Meckel, Stilling, Jardy, Marrassini, Meglio, Patellani, ecc.). Timo, tiroide, ipofisi, capsule surrenali, paratiroidi, ecc.; tutti gli organi a secrezione interna sono stati minutamente studiati in rapporto alla limitazione ed aboli-

zione completa ed alla iperproduzione di secrezione ovarica o testicolare ed all' iniezione di estratti ovarici e testicolari od al trapianto di frammenti di ovaio o di testicolo, combinando anche in vario modo i diversi accorgimenti: ad es. recentissimamente, Barnabò dimostrò che in seguito alla resezione monolaterale e bilaterale dei deferenti, alla castrazione eterolaterale, nonchè alla castrazione bilaterale, nelle cavie e nei topi bianchi viene in campo oltre un' ipertrofia dell' ipofisi un aumento notevole nell' attività secretoria delle capsule surrenali, della tiroide, delle paratiroidi per supplire alla mancata o deficiente funzione testicolare.

Una ricca casistica clinica si è ormai raggiunta a comprova degli intimi ed importanti rapporti funzionali fra glandule sessuali ed organi a secrezione interna. Di recente Patellani dimostrò, in modo esauriente, con l'accurata investigazione delle storie cliniche d'una numerosa serie di donne acromegaliche, il nesso intimo che esiste fra funzione ipofisaria e funzione genitale; Rénon e Deville riferiscono alla Società Medica di Parigi la storia clinica d' una donna presentante un complesso di sintomi da rapportarsi ad una insufficienza tiro-ovarica e ad una iperattività ipofisaria: disturbi che subirono un miglioramento in seguito all' opoterapia tiro-ovarica, un aggravamento coll' opoterapia ipofisaria. Thumin in una giovanetta affetta da pseudoermafroditismo acquisito ha riscontrato al tavolo anatomico, contemporaneamente all' atrofia d' ambedue le ovaie, un' ipertrofia della glandula tiroide e delle capsule surrenali. Ed i casi clinici confacenti al nostro proposito si potrebbero invero con facilità moltiplicare scorrendo le ponderose casistiche cliniche, che frequenti si susseguono sul mercato librario. La gravidanza, periodo altamente sessuale, colle profonde modificazioni che arreca negli organi a secrezione interna sta a comprova del nostro asserto.

Sempre ed universalmente è stata riconosciuta una correlazione e rapporto di funzione fra glandule genitali ed organi a secrezione interna.

Mancava ancora per quanto a me risulta, se si tolgono le osservazioni condotte da Pepere, Sirtori intorno gli isolotti del Langerhans durante lo stato puerperale, ed alcune ricerche ed osservazioni sul comportamento delle glicosurie pancreatiche in caso di ablazione degli organi genitali interni maschili e femminili e durante i varî periodi di vita sessuale e vaghi accenni in ricerche similari, un accurato studio, sistematicamente e minutamente condotto, onde cogliere gli eventuali possibili rapporti esistenti fra funzione delle glandule sessuali e funzione del pancreas, ed in ispecial modo degli isolotti del Langerhans, che sono la sede più importante ed appariscente, se non unica ed esclusiva, della secrezione interna del pancreas.

Questo vuoto ho cercato di colmare con le presenti mie ricerche.

***

Avrei potuto condurre le mie esperimentazioni tanto su animali femina quanto su animali maschio: mi attenni però quasi esclusivamente alla ricerca in femine, conducendo solo qualche semplice esame di controllo in maschi. Ed asportavo in alcune di queste femine ambedue le ovaia, nel mentre in altre contemporaneamente all' ovariectomia bilaterale eseguivo iniezioni di estratto ovarico, cogliendo in entrambe le serie, con esami sistematici condotti ad intercorrenze fisse, le modificazioni anatomiche macro e microscopiche riscontrabili a carico del pancreas ed in ispecial modo degli isolotti del Langerhans.

Gli animali scelti a tal uopo furono le cavie ed i conigli, in cui evidentissime si dimostrano, già anche nelle condizioni normali, e bene individualizzate le *insulae*: qualche esperimentazione staccata fu anche condotta nella cagna e nella gatta.

L' ovariectomia si eseguiva per via laparotomica: nelle cavie per render più agevole, meno indaginosa e più completa l' asportazione dell' ovaia, che trovansi situate sui lati e molto in alto, si conducevano due tagli sui lati dell' addome; sutura ad unico strato. Nella generalità dei casi la guarigione avveniva rapida e per prima.

Gli animali così operati, mantenuti come gli altri al solito vitto, si sacrificavano man mano al termine stabilito di scadenza, dissanguandoli col taglio della carotide. Nelle 36-48 ore, che precedevano la morte, erano tenuti nel più completo digiuno.

Il pancreas veniva asportato in tutta la sua totalità, e sarebbe stato nostro desiderio notarne minutamente il peso, onde poterne dedurre dal paragone col peso medio suo in quella data specie animale, le variazioni in più od in meno nei varî soggetti in esame, ma valori difficilmente rapportabili e per nulla probativi si sarebbero avuti. La speciale costituzione e disposizione anatomica di questo organo impediscono la netta constatazione di minute variazioni in peso, trascinandòci sempre in apprezzamenti erronei. Il pancreas negli animali da esperimento da me usati, e specialmente nelle cavie, è anfrattuoso, munito di parecchi prolungamenti, che circondati da tessuto grassoso, di cui con sicurezza non riusciamo mai ad avere la completa rimozione, va insinuandosi ed inframettendosi tra i diversi organi viciniori e le anse intestinali, rendendone difficile la completa ablazione.

Rinunciato a tener calcolo, per le facili cause d' errore, dei dati forniti dal peso e dalla misurazione dei diversi diametri, tolti i tratti di pancreas necessarî per i varî esami istologici, immergevo la rimanente porzione in liquido di Müller e ve la lasciavo due o tre giorni, per modo che il tessuto pancreatico ne fosse bene imbibito. Come si sa il bicromato tinge di un giallo intenso il tessuto pancreatico, sul quale a mezzo di una lente d' ingrandimento si riescono ad avvertire delle macchioline più chiare di maggiore o minore volume, che sono appunto le isole del Langerhans.

I tratti di tèssuto pancreatico tolti unicamente in tutti i casi dalla porzione caudale del pancreas, ove è omai dimostrato esistere un maggior numero di *insulae*, venivano costantemente fissati nei seguenti liquidi: soluzione di formolo al 10 $^0/_0$, liquido di Zenker, formolo picrico, soluzione acquosa satura di sublimato corrosivo, liquido di Flemming, Hartmann, miscela acquosa a parti eguali di sublimato al 2 $^0/_0$ e di bicromato potassico al 4 $^0/_0$, proposta dal Marrassini per il suo metodo speciale di colorazione. I pezzi inclusi in paraffina venivano colorati coi comuni metodi di colorazione (ematossilina, ematossilina ed eosina, emallume ed orange, ematossilina Heidenhain, ecc.) e coi metodi speciali di Galeotti e Marrassini, allo scopo di mettere in evidenza i granuli metaplasmatici d' origine cellulare. Quest' ultimo metodo sopratutto corrispose egregiamente, donandoci delle figure istologiche elegantissime, ove è possibile rilevare minute caratteristiche morfologiche cellulari.

Ho usato cavie e coniglie rispettivamente della stessa razza, adulte e press' a poco della stessa età e del medesimo peso, oscillante per le cavie intorno i 500 gr., per le coniglie intorno i 2000 gr. Esclusi gli animali giovani e ne scelsi esemplari all' incirca della stessa età a bella posta, poichè è noto come si possa avere colle diverse età una differenza manifesta nel numero e nella grandezza degli isolotti, i quali nel neonato e specialmente nel feto sono assai più abbondanti e più piccoli che nell' adulto.

Detti animali venivano puntualmente uccisi 5, 15, 25, 35, 60, 90 giorni dopo l' ovariectomia bilaterale, utilizzando solamente gli animali guariti per prima; qualche esemplare uccisi pure dopo otto mesi ed anche dopo circa un anno dall' intervento operatorio.

Resultato dei reperti sperimentali.

In animali uccisi dopo 5 giorni.

Il pancreas si mostra a caratteri macroscopici quali di norma; tratti di pancreas lasciati per due o tre giorni in liquido di Müller non presentano nulla di abnorme ad un esame della superficie loro, condotto grossolanamente a mezzo d' una lente d' ingrandimento.

Pezzi di pancreas fissati in svariati liquidi, induriti in alcool, inclusi in paraffina, tinti colle comuni colorazioni (ematossilina ed eosina, emallume ed orange, vesuvina, ecc.) ad un piccolo ingrandimento danno, per quanto riguarda le *insulae*, il seguente reperto:

Le isole del Langerhans si presentano come ammassi cellulari assai nettamente limitati dal tessuto pancreatico circostante e privi di capsula, più scoloriti del circostante tessuto, a forma rotondeggiante od ovoidale, (nel coniglio più frequenti quelle di forma allungata e contorta, anche talora irregolari, a contorni sinuosi, come muniti di diramazioni laterali a pseudopodo), a volume variabilis-

simo, però oscillanti nel coniglio fra gli 80-150 μ di diametro massimo, nella cavia fino a raggiungere gli 800 μ.

Ad un maggiore ingrandimento queste *insulae* appaiono costituite da cordoni pieni di cellule, a decorso tortuoso, che si anastomizzano dappertutto ove arrivano a contatto; e questi singoli elementi cellulari costituenti sono di volume inferiore alle cellule degli acini, a limiti non sempre ben distinti, fornendo talora all' isolotto l' aspetto d' un ammasso di protoplasma disseminato fittamente di nuclei. Sono di forma poliedrica, se fra loro fortemente stipate, di forma irregolarmente rotondeggiante, se non compresse, ed anche di forma allungata, quasi cilindrica. Quest' ultime cellule si dispongono con preferenza maggiore alla periferia dell' isola. Le cellule a forma poliedrica o tondeggiante presentano un nucleo centrale ricco in cromatina, a carioplasma trasparente, con piccolo nucleolo; le cellule cilindriche presentano invece un nucleo spostato alla periferia ad uno dei poli, ricco in cromatina, a carioplasma diffusamente colorato, con nucleolo piccolo, non sempre riscontrabile.

Gli elementi cellulari dell'*insula*, disposti come sopra abbiamo detto, si pongono a contatto, in quanto maggior numero possono, dei vasi capillari, che appaiono quali lacune, spazi a decorso tortuoso, intercedenti fra i vari cordoni cellulari.

Servendoci del metodo Galeotti e Marrassini, entro il citoplasma d' ambedue queste forme cellulari si distinguono numerosi granuli colorati in rosso vivo con fuxina, come appunto i granuli delle cellule degli acini, sebbene siano più fini ed un po' meno intensamente coloriti. Questi granuli dispongonsi con prevalenza più numerosi dal lato ove la cellula tocca il capillare sanguigno; nelle cellule allungate, quasi cilindriche, sono talora talmente numerosi da dare alla cellula l' aspetto d' una massa uniformemente colorita in rosso carico, brillante; solo alla sua periferia distinguonsi le granulazioni. Anche entro i nuclei si riscontrano delle granulazioni fuxinofile.

Coi liquidi osmici riscontriamo entro le cellule delle *insulae* delle granulazioni grassose, che di forma sferica, piccolissime, presso a poco di ugual grandezza, si dispongono specialmente attorno il nucleo, o nella porzione cellulare in immediato contatto coi vasi capillari, e più numerose presentansi entro gli elementi che trovansi nella porzione periferica dell' isola. Questi granuli grassosi presentano spesso una forma anulare o vacuolare.

In animali uccisi dopo 15 giorni.

Il pancreas si presenta iperemico, irrorato più abbondantemente della norma.

Sulla superficie di tratti di pancreas immersi per due o tre giorni in liquido di Müller, un esame grossolano, condotto con una comune lente di ingrandimento, dimostra individualizzate già molto meglio che non nelle condizioni normali, le isole

del Langerhans d' una tonalità di colorito più chiara del restante parenchima pancreatico. Le *insulae,* oltre essere aumentate nelle dimensioni, per una stessa superficie di sezione, presentansi anche, almeno apparentemente, aumentate in numero.

All' esame microscopico minuto si riscontra:

Già coi comuni metodi di colorazione d' assieme (ematossilina ed eosina, emallume ed orange, ematossilina ferrica, vesuvina, ecc.) e ad un tenue ingrandimento, si riescono a rilevare fatti interessantissimi:

Gli isolotti del Langerhans, che presentansi ancora a volume variabile, sono però nettamente aumentati in grandezza, pur conservando nel loro assieme la forma allungata e contorta, rotondeggiante od ovoidale primiera, ad es. quegli isolotti a contorni irregolari accentuano queste irregolarità talora a guisa di pseupodo apparendo muniti di digitazioni voluminose. Anche i piccoli isolotti costituiti da tenue numero di elementi si fanno evidenti, a dare la illusione di un aumento numerico loro. Sono sempre ben differenziati e privi di capsula.

Contemporaneamente all' aumento delle dimensioni gli isolotti del Langerhans, già ad un tenue ingrandimento si mostrano muniti di un maggior numero e di più voluminosi spazî sanguigni ad assumer quasi un aspetto spugnoso.

Ad un più forte ingrandimento, si nota come i singoli elementi cellulari costituenti l' isolotto, siano aumentati di volume, e come tendano a disporsi nel maggior numero possibile e per la massima superficie loro a ridosso della parete dei vasi capillari, che si riscontrano più numerosi, più tortuosi ed a maggior dimensioni della norma, a dare un aspetto spugnoso a tutta l' *insula.* Detti elementi cellulari, abbastanza bene differenziati, possono essere di forma poliedrica e di forma quasi cilindrica, e ritraggono nel loro insieme le caratteristiche quali di norma. Le cellule poliedriche, che più di rado possono essere irregolarmente tondeggianti, giacchè per il solito sono fra loro stipate e si comprimono a vicenda, possiedono un nucleo centrale, ricco in cromatina, con carioplasma trasparente, con piccolo nucleolo; mentre le cilindriche, le quali appaiono in maggior numero che di norma, situate prevalentemente alla periferia dell' isolotto, hanno un nucleo per lo più spostato ad uno dei poli, ricco in cromatina, a carioplasma diffusamente colorito, con nucleolo piccolo. Quando una cellula tocca il capillare sanguigno per un suo lato il nucleo si dispone distalmente. In alcuni elementi cellulari il nucleo è voluminoso e colorito intensamente, come una massa uniforme: talora anche tutta la cellula assume una forte tonalità di colorito rispetto alle altre.

Col metodo di Galeotti e col metodo di Marrassini, che ci ha corrisposto molto bene, si riscontrano spiccatamente aumentate entro i singoli elementi cellulari quelle tenui granulazioni fuxinofile, che già in condizioni normali vi si riscontrano. In quelle cellule, che trovansi addossate alla sottile parete dei capillari

sanguigni e che abbiamo detto aver per lo più spinto il nucleo distalmente, il maggior accumulo di tali granulini fuxinofili si fa nella porzione di protoplasma addossata alla parete del vaso sanguigno, donde penetrano nel lume loro, ove infatti si trovano talora radunati in piccoli gruppetti In alcune cellule, e sono specialmente quelle a forma cilindrica disposte alla periferia, i granuli sono così numerosi e così fittamente stipati, da imprimere a tutto l'elemento cellulare una tinta rosso intensa quasi uniforme. Questi ultimi elementi sono in maggior numero, che non nelle condizioni normali.

Anche entro il nucleo si riscontrano dei granulini fuxinofili, più abbondanti che nella norma.

Pressochè nelle condizioni normali riscontransi i granuli grassosi contenuti entro le cellule insulari. Si mostrano però aumentati in numero.

In animali uccisi dopo 25 giorni.

Il pancreas si presenta iperemico in un grado maggiore, che nell'osservazione precedente.

Quei tratti di tessuto pancreatico immersi per due o tre giorni in liquido dí Müller, dimostrano con sempre maggior evidenza, ad un esame grossolano fatto a mezzo d'una lente, gli isolotti del Langerhans, che ne risaltano sul circostante tessuto per un colorito loro meno intenso. A tale periodo facilmente si distinguono anche in discreto numero ad occhio nudo, quali punticini giallo chiari.

Piccole porzioni di pancreas, fissate nei diversi mezzi sopracitati, indurite all'alcool, incluse in paraffina e colorite coi comuni metodi di semplice e doppia colorazione già accennati, anche a tenue ingrandimento e ad un rapido sguardo d'assieme, dimostrano un aumento ben manifesto e sempre maggiore nelle dimensioni delle isole langerhane. Tutte indistintamente aumentano le dimensioni loro, si fanno circa del doppio ed anche del triplo più voluminose della norma, per modo che anche le isole, le quali essendo costituite da pochi elementi sfuggivano ad un esame rapido grossolano, si rendono bene evidenti, a dare l'illusione che le *insulae* sieno effettivamente aumentate in numero.

Nell'accrescersi in volume i varî isolotti, che conservansi sempre nettamente distinti dal circostante parenchima pancreatico, ripetono la forma primitiva: o rotondeggiante od ovoidale, od allungata o contorta; esageratamente sviluppate appaiono le digitazioni, di cui è munito qualche isolotto. L'*insula* esagera il suo aspetto spugnoso trabecolato, a causa del notevole sviluppo che vi hanno preso i capillari sanguigni. Gli acini pancreatici circostanti appaiono stipati, compressi da questo aumento nel volume delle isole.

Ad un maggior ingrandimento ci si convince allora, come questo maggior volume degli isolotti sia da imputarsi ad un cospicuo sviluppo della rete sanguigna insulare, i cui vasi si sono fatti più tortuosi, a maggior calibro, pur mantenendosi sempre a

parete endoteliale sottilissima, e ad un aumento nel numero e nel volume delle singole cellule, di grado ben più cospicuo che non nell' osservazione precedente.

Gli elementi cellulari possono mostrarsi ammassati, ma v' è però chiara e spiccata tendenza a disporsi scaglionati lungo ed intorno i vasi capillari tortuosi e dilatati, cercando di porre a contatto con la parete loro una maggior superficie di protoplasma: elementi cellulari abbastanza bene differenziati, che nel loro insieme ritraggono la forma primitiva, assumendo per lo più a causa della compressione reciproca, una forma poliedrica, e quelli addossati ai vasi spesso una forma cubica. Le cellule a forma allungata cilindrica più numerose della norma si notano tutt' ora prevalentemente disposte alla periferia dell' isola.

Presentano protoplasma abbondante ed un nucleo più grande della norma, colorito con varia intensità, spesso a tonalità chiara, di forma ovoidale o rotondeggiante, situato nel centro dell' elemento cellulare oppure eccentricamente disposto. Le cellule a forma cilindrica, che aumentate in numero si dispongono prevalentemente alla periferia dell' isolotto, presentano il nucleo più spesso spostato alla periferia; quelle a forma cubica che per un loro lato s' addossano alla parete vasale hanno il nucleo situato nel più dei casi nella porzione loro distale. Delle cellule a forma cilindrica se ne riscontrano parecchie colorite uniformemente in modo più intenso.

Col metodo Galeotti e colla miscela bleu-fuxinica (metodo Marrassini) noi riusciamo a metter in evidenza in questi elementi cellulari un numero sempre più cospicuo di granulazioni fuxinofile di piccolissimo volume, sempre inferiore a quello delle granulazioni contenute entro le cellule acinose, di colorito rosso vivo chiaro, omogenee. Granulazioni che non di rado riempiono per modo il protoplasma cellulare da dargli un aspetto omogeneo, uniforme, rosso vivo: il che più spesso avviene per le cellule cilindriche situate alla periferia dell' *insula*.

Il nucleo anch' esso contiene di tali piccole granulazioni, le quali trovansi situate entro i tramezzi formati da un reticolo, che assume una tinta basica bleu-verdastra con punti nodali più intensamente coloriti. Granulazioni queste, che con tutta probabilità dal nucleo si riversano nel protoplasma, accumulandosi specialmente nella sua porzione addossata al vaso capillare, attraverso le cui esilissime pareti si vanno facendo strada, come lo dimostrano piccoli accumuli di granulazioni situati entro il lume vasale in tutta vicinanza dell' elemento cellulare. Alcune cellule si presentano vacuolizzate uniformemente ed egualmente per tutta la superficie del protoplasma, oppure più spiccatamente in alcuni tratti che appaiono pallidamente coloriti, a causa dell' avvenuta escrezione dei granulini fuxinofili dapprima accumulati entro il protoplasma cellulare.

Non si riscontrano elementi cellulari in mitosi.

Le granulazioni grassose contenute entro le cellule insulari

presentano pressochè le stesse caratteristiche di forma, disposizione, che nelle osservazioni precedenti. Sono però aumentate in numero.

In animali uccisi dopo 35 giorni.

Per non ripeterci inutilmente, diremo che tanto ad un esame grossolano, quanto ad un esame microscopico d'assieme e minutissimamente condotto, a mezzo dei diversi metodi di fissazione e colorazione sopra enunciati, si riscontrarono pressochè invariati i medesimi fatti dettagliatamente enunciati nell'osservazione precedente.

Le isole di Langerhans, che si mantengono sempre nettamente individualizzate dal restante parenchima pancreatico, di un aspetto spugnoso, trabecolato, per lo sviluppo cospicuo pigliato dei vasi capillari che si sono fatti a maggior calibro ed a decorso tortuoso, e la speciale tendenza che hanno gli elementi cellulari a contrarre il massimo dei rapporti col sistema circolatorio, appaiono patentemente aumentate nel loro volume. Contribuisce a questo aumento di volume l'iperplasia e l'ipertrofia delle cellule funzionali costituenti, che mostransi pel maggior numero ripiene, stipate di piccole, uniformi, rosso chiare splendenti granulazioni fuxinofile, che talora possono ammassarsi talmente entro il protoplasma cellulare da far assumere alla cellula un volume cospicuo ed un colorito uniforme rosso vivo intenso, tal' altra possono essere più scarse, donde il minor volume cellulare, o mancare in qualche tratto del protoplasma, che appare allora sbiadito e come tempestato di piccoli vacuoletti, ove appunto s'annidavano i granulini escreti, oppure munito d'un unico più grosso vacuolo da considerarsi appunto come l'antica sede di un aggruppamento di granulazioni fuxinofile.

Le singole cellule ipertrofiche ed a contorni il più spesso differenziati (meno chiaramente nella cavia) ricordano nelle loro linee generali la forma iniziale: così vi sono cellule a forma poliedrica, le più frequenti, ed altre cubiche situate specialmente a ridosso dei vasi, ed altre ancora cilindriche allungate disposte con maggior frequenza alla periferia dell'*insula*. Queste forme cilindriche sono chiaramente aumentate in numero.

Anche il loro nucleo si presenta aumentato di volume, rotondeggiante od ovalare; munito di un reticolo con punti nodali tinti dal bleu di metile e di granuli fuxinofili in discreto numero. Talora il nucleo assume un colorito intenso uniformemente omogeneo. Può esser situato al centro del protoplasma cellulare, oppure su di un lato ed appunto dalla parte opposta della parete che poggia sul vaso.

Le granulazioni grassose contenute entro le cellule insulari, pur mantenendo le loro normali caratteristiche, si mostrano aumentate in numero rispetto alla norma.

In animali uccisi dopo 60 giorni.

Permangono pressochè invariate le medesime condizioni.

In animali uccisi dopo 90 giorni.

Pur conservandosi quasi per nulla modificati i reperti dei varî esami istologici si ha a notare una diminuzione delle granulazioni fuxinofile contenute entro ogni singolo elemento cellulare dell'*insula*.

In animali uccisi dopo 8 mesi, ed un' anno,

Permane l'aumento nel volume e l'aspetto più spiccatamente trabecolato delle isole del Langerhans, sempre ben delimitate dal restante parenchima pancreatico, non però nelle proporzioni osservate nei reperti ottenuti 25, 35, 60, 90 giorni dopo l'ovariectomia bilaterale.

Anche ad un esame grossolano delle sezioni condotte in questi pancreas appare un uniforme aumento di volume rispetto alla norma delle isole, che, mantenendosi ben differenziate dal circostante parenchima acinoso, presentano anche una circolazione più ricca con vasi più voluminosi della norma, cui si addossano buon numero di elementi cellulari.

Ad un esame più accurato, condotto con speciali metodi di fissazione e di colorazione, si riscontra come le singole cellule a forma prevalentemente poliedrica o rotondeggiante, nonchè cubica e cilindrica, hanno un volume maggiore della norma, a granulazioni fuxinofile abbastanza numerose. Il nucleo è rotondeggiante od ovoidale di poco più piccolo di quello delle cellule acinose, munito di un reticolo bleu con punti nodali, nonchè granulazioni fuxinofile; e si trova situato al centro del protoplasma o su d'un lato, ed appunto sul lato opposto a quello che direttamente poggia contro la parete capillare. Sono in aumento rispetto alla norma quegli elementi cellulari, che hanno quale speciale caratteristica, di esser coloriti intensamente in rosso carico, brillante, in modo uniforme, e nei quali non si distinguono granuli se non in taluni casi alla periferia, ove sono visibili o si intravedono, giacchè essendo meno numerosi son tra loro meno stipati.

Del resto le isole del Langerhans, prese nel loro insieme e gli elementi cellulari loro componenti presi singolarmente, presentano le caratteristiche quali di norma.

Riassumendo i resultati di nostre ricerche possiamo affermare che, in seguito alla ovariectomia bilaterale, viene in campo una ben evidente ipertrofia con iperplasia degli isolotti di Langerhans: ipertrofia che vuol esser ritenuta di natura funzionale, giacchè negli isolotti aumenta la circolazione sanguigna ed il prodotto di secrezione delle singole cellule, che contemporaneamente tendono ad assumere più stretti ed intimi rapporti coi capillari sanguigni. Ipertrofia funzionale che già venuta in campo quindici giorni dopo l'intervento operatorio, s'accentua notevolmente entro il venticinquesimo, trentacinquesimo giorno; rimane pressochè invariata, entro

il sessantesimo giorno; si attenua nelle proporzioni, già entro il novantesimo giorno per mantenersi però manifestamente palese otto mesi, un anno circa dopo l' ovariectomia bilaterale, massimo lasso di tempo cui si riferiscono le nostre ricerche.

E che si tratta di un' iperplasia ed ipertrofia funzionale non è solamente dimostrato dall' aumento enorme di granulazioni fuxinofile, che sono da ritenersi veri granuli metaplasmatici di secrezione endocrina, giacchè originatisi dal nucleo abbiamo potuto convincerci come si riversino nel protoplasma cellulare e si facciano strada entro i vasi sanguigni, ove li ritroviamo talora; ma anche da un'altra riprova sperimentale che ho voluto condurre in alcuni animali.

Nel mentre in alcuni animali da esperimento eseguivo l' ovariectomia bilaterale procedevo ad iniezioni in dose non tossica di estratti ovarici: orbene in questi animali non ebbi a notare l' ipertrofia delle isole del Langerhans, quale avevo riscontrato e riscontravo in altri esemplari non contemporaneamente trattati con iniezioni di estratti ovarici.

Vuol dire che in seguito all' ovariectomia bilaterale gli isolotti di Langerhans del pancreas entrano in uno stato di ipertrofia vicaria, aumentando la loro attività secretoria, appunto allo scopo di supplire forse alla mancata funzione ovarica.

Possiamo venire allora alle conclusioni seguenti:

1.° Esiste fra glandule sessuali ed isolotti del Langerhans un rapporto di funzione.

2.° Mancando la funzione interna delle glandule genitali gli isolotti del Langerhans, a somiglianza di altri organi a secrezione interna, esaltano la propria funzione ipertrofizzandosi, probabilmente allo scopo di contribuire a supplirne la mancanza.

3.° Gli isolotti del Langerhans, per questa corrispondenza mirabile di funzione da noi messa in evidenza, validamente si riaffermano quali veraci componenti del grande sistema di organi a secrezione interna.

4.° Se le isole del Langerhans sono organi a secrezione interna, non vogliamo però con ciò escludere che anche altri elementi nel pancreas sieno forniti d' una qualunque funzione endocrina.

5.° Quale sia questa funzione interna non si sa ancora, e si peccherebbe di troppo esclusivismo volendola al momento attuale nettamente definire. Certo che è molto più complessa di quanto molti autori credono.

6.° Le isole del Langerhans si mostrano nettamente differenziate dal circostante tessuto acinoso pancreatico: non ho notato trasformazioni od elementi di passaggio fra l' uno e l' altro tessuto.

⁂

Fra l'ovaio e gli isolotti del Langerhans esistono adunque dei rapporti intimi di funzione, giacchè, praticando in animali da esperimento l'ovariectomia bilaterale, si assiste alla comparsa d'una ipertrofia funzionale con iperplasia delle cellule dell'*insula*: ipertrofia che non si osserva in animali pur ovariectomizzati, ma contemporaneamente trattati con iniezioni in quantità opportune non tossiche di estratto ovarico.

Vuol dire che, mancando la secrezione interna dell'ovaio, anche le isole del Langerhans, a somiglianza di altri organi a secrezione interna (ipofisi, tiroide, capsule surrenali, paratiroidi, ecc.) entrano in uno stato di ipertrofia vicaria allo scopo forse di supplirne in qualche modo la mancata funzione.

Ciò posto rimane però un importantissimo quesito da risolvere.

Nell'ovaio sono descritti e si possono distinguere varî tessuti: un epitelio germinativo, i follicoli di Graaf a varî periodi di sviluppo, la glandula interstiziale dell'ovaio, i corpi lutei, vasi, nervi ed un tessuto connettivo, che serve quale sostegno ed impalcatura. Dappoichè fu patentemente dimostrato ed universalmente ritenuto, che le ovaia sono organi muniti di una importantissima e capitale funzione legata a speciali secrezioni interne, si cercò di stabilire a quale dei diversi elementi e tessuti dell'ovaio era devoluta questa secrezione interna. E furono indicati per unanime consenso di studiosi: la glandula interstiziale ed i corpi lutei, quali tessuti dell'ovaio muniti di attività endocrine.

Giacchè poi fu provato come nelle ovaia del maggior numero di mammiferi (eccetto i roditori ·cheirotteri) non si riscontra una vera glandula interstiziale, ma solamente alcuni aggruppamenti cellulari o cellule scarse accentuantesi in gravidanza; e fu possibile dissociare, a mezzo dei raggi X e dell'ectopia sperimentale, in animali muniti d'ambedue i tessuti le due glandule nelle loro funzioni, studiandone le eventuali conseguenze; suprema, capitale e veramente indistruttibile importanza, quale organo a secrezione interna dell'ovaio, hanno acquistata i corpi lutei. E numerose nuove ricerche di morfologia istologica normale, di istologia patologica, di istobiochimica, di biologia pura, che man mano vanno accumulandosi su questo interessantissimo argomento, aggiungono nuove brillanti e probative affermazioni a questa ormai pressochè generale credenza.

Fu Prenant il primo nel 1898 che, colpito dalla struttura speciale istologica del corpo luteo, mise innanzi l'ipotesi che desso rivestisse nell'ovaio la funzione di glandula a secrezione interna. Vennero poi gli studî di minuta osservazione istologica di Bouin, Cohn, Regaud e Policard, Mulon, Cesa-Bianchi, i quali vennero a comprovare questa asserzione, dimostrando entro le cellule del corpo luteo dei speciali granuli metaplasmatici come appunto nelle

glandule a secrezione interna, ed una speciale disposizione di vasi caratteristica, ecc., e Basso recentemente che a mezzo del metodo di Bielschowsky mise in evidenza nel corpo luteo una distribuzione ed una trama di connettivo collageno, che ricorda da vicino quella posseduta da altre glandule a secrezione interna, e specialmente delle capsule surrenali.

Sperimentalmente fu Fränkel il primo, che tanto negli animali, quanto nella donna, a mezzo della distruzione dei corpi lutei dell' ovaio coll' ignipuntura, sostenne e dimostrò con serî intendimenti l' importanza del corpo luteo nella funzione genitale della donna, asserendo che il corpo luteo deve esser considerato quale una glandula a secrezione interna ed a formazione periodica, la quale o conduce al flusso mestruale, o nella gravidanza permette all' utero di provvedere allo sviluppo dell' embrione.

Conclusioni queste in parte convalidate ed ampliate da Skrobansky, il quale ritiene che l' ovaio oltre alla funzione di ovulazione ne abbia una di secrezione interna, diretta a produrre specialmente cambiamenti della mucosa uterina per renderla adatta all' impianto dell' ovulo, e che il corpo luteo abbia lo scopo di paralizzare l' azione dell' ovaio, azione inibitoria che si esplica specialmente nel periodo gravidico; e confermate da Campbell, che mette in rapporto all' attività funzionale del corpo luteo l' ipertrofia patologica e fisiologica della muscolatura dell' utero; da Giorgi, che studiando le modificazioni istologiche verificatesi nell' ipofisi dopo varî periodi di tempo dalla distruzione dei corpi lutei, riscontrò nell' ipofisi segni patenti di iperattività funzionale; da Bouin, Ancel e Villemin, i quali avrebbero riscontrato atrofia del tratto genitale, (trombe, utero, vagina, clitoride e capezzoli) in coniglie sottoposte a distruzione dei corpi lutei mediante opportune applicazioni di raggi X; da Villemin con ulteriori ricerche nella donna ed in animali da esperimento: ricerche sperimentali tutte che tendono concordemente a convalidare con sempre maggior verisimiglianza la giustezza dell' ipotesi, che il corpo luteo agisca come una glandula a secrezione interna, tenendo sotto la sua dipendenza tutta la fisiologia genitale della donna e delle femine dei mammiferi Villemin).

Mancava ancora l' esperimentazione biologica a confermare l' importante funzione di secrezione interna esplicata dal corpo luteo nell' organismo muliebre, sebbene nel 1899 già il Lebreton, fondandosi puramente sopra argomentazioni teoriche e sui resultati clinici ottenuti a mezzo dell' opoterapia lutea in alcuni casi ostetrici patologici, avesse asserito essere il corpo luteo dotato di una notevole azione ossidativa, dimostratasi infatti sperimentalmente solo nel 1906 per opera del Ferroni cospicua, tale da superare di gran lunga quella di altri organi contemporaneamente studiati (ovaio senza corpi lutei, rene. muscolo, utero) eccettuato il fegato, al quale il corpo luteo poteva agguagliarsi a questo riguardo.

Nel gennaio del 1907 vennero gli studî di Lambert, dai quali

resulta che il corpo luteo deve esser considerato come uno fra i tessuti dotati della più alta tossicità; seguiti nel maggio dello stesso anno dal lavoro di Ferroni, donde appare che il corpo luteo in sè e non l' ovaio in toto deve ritenersi tessuto dotato di alta tossicità e ad attivissima azione disintegrante sul metabolismo organico, quale nessun altro organo, all' infuori della tiroide, possiede; e nei primi mesi del 1908 dai reperti di Villemin, che a mezzo delle iniezioni endovenose di estratto di corpi lutei dimostrò in animali da esperimento l' alta tossicità sua ed una speciale azione vasodilatatrice.

Così i resultati di ricerche disparatissime tutti contribuiscono maggiormente a darci, se non la certezza assoluta, almeno la convinzione più probativa possibile, che il corpo luteo sia un' organo glandulare munito di una secrezione interna indispensabile al ciclo sessuale della femmina, cui è strettamente legata buona parte se non tutta la funzione di secrezione interna dell' ovaio.

Se dunque fra ovaio ed isolotti del Langerhans esistono, come abbiamo dimostrato, intimi rapporti di funzione interna, consimili rapporti funzionali dovranno esistere fra isolotti e corpo luteo; visto e considerato che questo, se non l' unico, è certamente il più importante elemento di secrezione interna dell' ovaio.

Questo quesito mi sono proposto di risolvere con una seconda serie di esperienze.

In una serie di animali da esperimento ho distrutto i corpi lutei ed ho studiato le modificazioni istologiche verificatesi a carico delle isole del Langerhans ad intercorrenze varie dall' atto operativo; in un' altra serie di animali da esperimento, nel mentre distruggevo i corpi lutei, iniettavo dosi non tossiche di estratto di corpo luteo, cui facevo seguire a periodi varî di tempo dall' intervento operatorio l' esame istologico degli isolotti di Langerhans.

Le esperimentazioni erano condotte su coniglie adulte del peso oscillante fra i 1800 e 2500 gr., delle quali, previa laparotomia, cauterizzavo con una sottile punta del Paquelin tutti i corpi lutei visibili alla superficie dell' ovaio. Gli animali così operati si uccidevano 10,15,20,30 giorni dall' atto operativo, avendo l' avvertenza di tenerli digiuni per 36-48 ore. Si prelevavano tratti dell' estremo caudale del pancreas, che venivano fissati e coloriti coi mezzi e coi metodi più sopra dettagliatamente descritti.

Riassumendo in breve i resultati delle nostre esperimentazioni, diremo rapidamente riferendoci ai reperti più sopra dettagliatamente descritti:

Dopo 15 giorni dall' ignipuntura dei corpi lutei si riscontra un aumento nel volume degli isolotti del Langerhans, da rapportarsi ad un maggior sviluppo della rete capillare dell' *insula* e ad un aumento nelle dimensioni d' ogni singola cellula a causa d' una loro ipertrofia funzionale.

Il pancreas in toto è iperemico.

Dai varî esami istologici, praticati coi diversi metodi più sopra dettagliatamente descritti, ne resultano caratteristiche morfologiche del tutto rapportabili a quelle precedentemente notate, che non starò a ripetere per non dilungarmi di troppo.

Dopo 20 giorni dall' ignipuntura dei corpi lutei le condizioni degli isolotti di Langerhans sono pressochè rapportabili a quelle dei 15 giorni.

Il pancreas in toto si mostra iperemico; gli isolotti del Langerhans si mostrano ipertrofici, in un grado maggiore dell' osservazione precedente; le cellule costituenti sono più numerose della norma e si presentano ingrossate, ripiene in maggior copia di granulazioni metaplasmatiche; la rete capillare insulare è più cospicua e voluminosa della norma.

Per le minute caratteristiche morfologiche non abbiamo che a riportarci a quanto fu detto più sopra.

Dopo 30 giorni dall' ignipuntura dei corpi lutei riscontrasi ancora un manifesto aumento nelle dimensioni d'ogni singolo isolotto, però in termini più ridotti che non nelle osservazioni precedenti, a causa di un più limitato sviluppo della rete capillare insulare ed una più modesta ipertrofia d' ogni singola cellula, con una più scarsa produzione di granuli metaplasmatici.

Ho condotto qualche esperienza di controllo, servendomi degli identici mezzi d' esperimentazione, in animali (cane, gatto) sforniti d' una vera glandula interstiziale dell' ovaio, ed anche in questi animali ebbi reperti consimili.

La distruzione bilaterale di tutti i corpi lutei contenuti nell' ovaio determina negli isolotti del Langerhans delle modificazioni più tenui, meno durature, ma del tutto rapportabili a quelle che vi si riscontrano nel caso si sia praticata l' ovariectomia bilaterale.

E che queste modificazioni istologiche a carico delle *insulae* debbano strettamente rapportarsi alla mancata funzione di secrezione interna dei corpi lutei, resulta dimostrato da un' altra serie di esperienze da me condotte.

In alcuni animali (coniglie), in cui a mezzo dell' ignipuntura col Paquelin distruggevo i corpi lutei, contemporaneamente iniettavo per la via peritoneale asetticamente un estratto acquoso di corpo luteo di vacca, preparato alla maniera di Lambert, nelle proporzioni di 0.35 gr. per Kgr. d' animale. Orbene in questi animali, trattati coll' ignipuntura dei corpi lutei dell' ovaio e contemporaneamente con dosi non tossiche di estratto acquoso di corpo luteo, non si è avuta l' ipertrofia funzionale delle isole del Langerhans.

Riassumendo possiamo concludere che:

1. — Nel caso manchi la funzione del corpo luteo le isole di Langerhans del pancreas entrano in uno stato di maggior attività funzionale.

2. — Infatti le modificazioni che compaiono a carico delle isole del Langerhans, nel caso di distruzione dei corpi lutei d'ambo le ovaia, sono strettamente paragonabili, e differiscono solo per gradi di intensità, a quelle osservate e descritte nel caso dell' ovariectomia bilaterale.

3. — Ciò prova maggiormente che il corpo luteo può esser considerato quale organo a secrezione interna, ed elemento massimo, se non unico, di funzione interna dell' ovaio.

SPIEGAZIONE DELLE FIGURE

Fig. I. — Pancreas di coniglio 25 giorni dopo l' ovariectomia bilaterale a piccolo ingrandimento (Koritska oc. 2, ob. 4). (Color. ematossilina ed orange). Si vedono due isolotti del Langerhans più voluminosi della norma.

Fig. II. — Pancreas di coniglio 35 giorni dopo l' ovariectomio bilaterale (Koritska ocul. 3. ob. 7 *). (Color. metodo Marrassini). Isolotto del Langerhans ipertrofico.

Fig. III. — Pancrens di coniglio 35 giorni dopo l' ovariectomia bilaterale (Koritska ocul. 3. Ob. 8 *) (Color. metodo Marrassini). Porzione di isolotto del Langerhans ipertrofico.

BIBLIOGRAFIA

Isolotti del Langerhans.

La letteratura a riguardo degli isolotti del Langerhans, specialmente per quanto riguarda la funzione interna del pancreas, si trova ampiamente citata nella recente rivista sintetica di

VAN RYNBERK. — *Sulla funzione endocrina del pancreas nei vertebrati e sugli elementi morfologici che partecipano ad essa.* (Arch. di fisiol., Vol. IV, 1907 - Pag. 497).

e nel recentissimo lavoro sintetico di

U. LOMBROSO. — *Sugli elementi che compiono la funzione interna del pancreas.* (Arch. di farmac. sper. e scienze affini. - Anno VII - Vol. IV - 1908).

Aggiungi:

MARCHIONI. — *Ricerche sull'istologia normale degli isolotti di Langerhans in alcuni mammiferi col metodo Galeotti.* (Lo sperimentale. - Anno LVIII - Fasc. I).

MARRASSINI. — *Nota di tecnica microscopica.* (Gior. ital. delle Scienze Mediche - 1904 - N. 5).

PALUMBO. — *Sul valore morfologico e biologico delle isole di Langerhans.* (Il Tommasi - N. 29-30 — 20-30 ottobre 1907).

PEPERE. — *Le paratiroidi nella gravidanza e nelle malattie convulsivanti.* (Arch. ital. di Gin. - N. 1 - Anno X - 1907)

SERENI, — *Sulla presenza e distribuzione del grasso nei diversi elementi cellulari del pancreas.* (Policlinico - Sez. Med. - Anno 1904 - Vol. XII - Fascicolo II).

SIRTORI. — *Sul contegno delle isole del Langerhans in gravidanza ed in puerperio, ecc.* (Annali di Ost. e Gin. - Anno 1907 - N. 5).

Rapporti funzionali fra organi genitali ed organi a secrezione interna:

BARNABÒ. — *Sui rapporti tra la glandula interstizale del testicolo e le glandule a secrezione interna.* (Il Policlinico - Sez. Chirurg. - 1908 - Fasc. 3).

CALZOLARI. — *Recherches expérimentales sur un rapport probable entre la fonction du thymus et celle des testicules.* (Arch. ital. de Biologie - Tome XXX - 1898).

CASELLI. — *Sui rapporti funzionali della ghiandola pituitaria coll'apparechio tiroparatiroideo.* (Riv. sperim. di Freniatria - Vol. XXVI, 1900).

CECCA E ZAPPI. — *Le glandule a secrezione interna dal punto di vista chirurgico.* (Bollet. delle Scienze Med. di Bologna - Marzo 1904).

CESA-BIANCHI. — *Di una costante alterazione dell'ovaio in seguito all'asportazione delle capsule surrenali.* (Gaz. Med. Ital., 1903 - N. 46).

CLAUDE E GOUGEROT. — *Insuffisance pluriglandulaire endocrinienne. Individualisation clinique* (*Premiere mémoire*). (Jour. de Phys. et de Path. génér., N. 3, 15 Mai 1908).

CLAUDE E GOURGEROT. — *Insuffisance pluriglandulaire endocrinienne. Confirmation anatomique des faits cliniques. Observation anatomique et histologique (Deuxieme mémoire).* (Jour. de Phys. e de Path. génér., N. 3, 15 Mai 1908).

COMTE. — *Contribution à l'étude des rapports de l'hypophyse humaine et du corps thyroide.* (Ziegler's Beiträge, Bd. XXIII, 1898).

CORONEDI. *Secrezioni interne e loro chimismo.* (Archivio di fisiologia - Fasc. I - 1904).

CURATOLO e TARULLI. — *Sulla secrezione interna delle ovaie.* (Annali di Ost. e Gin. - N. 10 - Ottobre 1896).

FALTA, EPPINGER e RUDINGER. — *Rapporti fra la secrezione interna della tiroide, del pancreas e del sistema cromaffino.* (XXV Congresso Germ. di Med. Interna. — Vienna, 6-9 Aprile 1908 e Società dei Medici di Vienna, Sed. 7 Febbraio 1908).

FICHERA. — *Sull'ipertrofia della ghiandola pituitaria consecutiva alla castrazione.* (Il policlinico, Sez. Ch. - Vol. XII - Fasc. 6-7 - 1905).

FICHERA. — *Ancora sulla ipertrofia della ghiandula pituitaria consecutiva alla castrazione.* (Il policlinico, Sez. Chirurg. - Vol. XII - Fasc. 7 - 1905).

GALDI. — *La glicosuria surrenale.* (Il Tommasi - N. 2-3 - 20-30 gennaio 1907).

GIORGI. — *Alterazioni dell'ipofisi in donna ovariectomizzata.* (La Ginecologia, 1902).

LORAND. *Rapport du diabète avec diverses glandes sanguignes notamment avec la thyroide.* (Ann. Soc. Roy. de Sc. Méd. et Nat. de Bruxelles, 1903. — Bull. Acc. Royl. de Méd. de Belgique, 1904).

LORAND et MINKOWSKI. — (Acad. Royal de Belgique - 30 jouillet 1904.

MARENGHI. — *Sull'asportazione delle capsule surrenali in alcuni mammiferi* (Rend. Istit. Lom. di Scienze. - Ser. II - Vol. XXXVI, pag. 543).

MARRASSINI. — *Sopra le modificazioni che si hanno nelle capsule soprarenali in rapporto ad alcune variazioni della funzione genitale e della funzione renale.* (Lo Sperimentale, 1905. - A. 60° - p. 197-218).

MEGLIO. — *Modificazioni istologiche della tiroide dopo la castrazione e nella gestazione.* (Gazzetta inter. di Med. - Anno IX - N. 6 - p. 49-55).

PATELLANI-ROSA. — *Rapporto fra l'acromegalia e la funzione sessuale della donna.* (Annali di Ost. e Gin. - Marzo-Aprile 1907 - N. 3-4).

PINÈLES. — (Volkmann's Klinische Vorträge, 1899).

PINZANI. — *Ricerche sperimentali intorno ad alcune modificazioni portate dalla castrazione ovarica sul ricambio materiale e sulla costituzione del sangue.* (Arch. di Ost. e Gin., N. 11 - Novembre 1898).

PIRERA. — *Sui rapporti fra tiroide e pancreas.* (Giornale Intern. delle Scienze Mediche, N. 1 - 15 Gennaio 1905).

REBAUDI. — *L'Azolo colloidale nelle urine delle donne durante la gravidanza, il travaglio di parto ed il puerperio.* (La Ginecologia Moderna Fascicolo 4-5-6 - Anno 1908).

RÈNON et DELILLE. *Insufficienza tiro-ovarica ed iperattività ipofisaria* (Disturbi acromegalici). *Miglioramento in seguito all'opoterapia tiro-ovarica; aggravamento in seguito all'opoterapia ipofisaria.* (Soc. Med. degli Ospedali di Parigi, Sed. 19 Giugno 1908).

SAUVÈ. — *Physiologie du Pancreas.* (Arch. Génér. de Médicine, N. 1 - Janvier 1908).

SILVESTRI. — *Sugli effetti dell'estirpazione del pancreas.* (La Riforma Medica, XXI - 1905).

STILLING. — *Zur Anatomie der Nebennieren.* (Ziegler's Beiträge, 1890).

TESCIONE — *Modificazioni istologiche della glandola tiroide in seguito all'ablazione delle ovaie.* (Tip. G. Turi e figli, Caserta 1904).

THUMIN. — *Rapporti funzionali fra ovaio e glandule a secrezione interna.* (Soc. di Med, Berlinese, 16 Dicembre 1908)

TRAINA. — *Sulle modificazioni delle paratiroidi del cane in diversi stati morbosi sperimentali.* (Lo sperimentale, T. LXII, Fasc. I-II, 1908).

VALTORTA. — *Timo ed ovaio.* (Annali di Ost. e Gin., N. 10 - Anno 1907).

Corpo luteo, qual'organo a secrezione interna dell'ovaio:

Basso. — *Sulla fine distribuzione del connettivo nel corpo luteo umano.* Società Toscana di Ost. e Gin. - Seduta).

Bouin. — *Les deux glandes à secrètion interne de l'ovaire; la glande interstitielle et le corpe jaune.* (Rèvue Méd. de l'Est., 1902 - N. 12).

Bouin, Ancel et Villemin. — *Sur la physiologie du corps jaune de l'ovaire.* (C. R. de la Soc. de Biol., 1906 - N. 33).

Campbell. — *Pathological Condition of the Ovaries as a Possible Factor in the Etiology of uterine fibroide.* (Jour. of Obst. and Gyn. Brit. Empire. - (Giugno 1905).

Cesa-Bianchi. — *Di alcune particolarità di struttura e dei fenomeni di secrezione del corpo luteo.* (Intern. Monatsc. f. Anat. und Phys., 1908, Bd. XXV, N. 1-3).

Cohn. — *Ueber die Funktion des Corpus luteum.* (Monatsch. f. Geb. und Gyn., 1904, Bd. 20).

De Bovis. — *Le corps jaune.* (La Semaine Médicale, 1906 - N. 6).

Drevet. — *Le corps jaune de l'ovaire dans l'hypofonction de la glande ovarienne et de la ménopause.* (Steinheil edit., 1907).

Ferroni. *Le ossidasi placentari (con ricerche sulle ossidasi del sangue materno e fetale e di alcuni organi durante e fuori lo stato di gravidanza).* (Annali di Ost. e Gin., N. 6, 1906,.

Ferroni. — *Sugli effetti delle iniezioni sperimentali di estratti di corpo luteo.* (Annali di Ost. e Gin. - Maggio 1907 - N. 5).

Frankel. — *Die Funktion des Corpus luteum.* (Zent. f. Gyn., 1903; Archiv. fur Gyn,, 1903, Bd. 68, Hft. 2).

Giorgi. — *Ovaio ed ipofisi e funzione del corpo luteo.* (La Ginecologia, 1906, pag. 725).

Kleinhaus und Schenk. — *Experimentelles zur frage nach der Funktion des Corpus luteum.* (Zeitsch. für Geb. und Gyn. - Bd. 61 - Heft. 2, 1907).

Jardy. — *La sécrétion interne de l'ovaire.* (Synergie thyro-ovarienne). (Thèse de Paris, 1907).

Lambert. — *Sur l'action des extraits du corps jaune de l'ovaire.* (C. R. de la Soc. de Biol., 12 Jan. 1907).

Lebreton. — *Corps jaune et auto-intoxication gravidique.* (C. R. de la Soc. de Biol., 8 Juill., 1899).

Limon. — *Étude histologique et histogénique de la gland interstitielle de l'ovaire.* (Thèse de Nancy. - Nancy, 1901).

Mulon. — *Parallèle entre le corps jaune et la cortico-surrénale chez la cobaye.* (C. R. de la Soc. de Biol., 1906 N. 29 — C. R. de la Soc. de Biol., 1906, Mars et 13 Oct.).

Prenant. — *Valeur morphologique du corps jaune, son action phisiologique et thérapeutique possible.* (Revue géner. de sciences, 1898 - N. 16).

Regaut et Policard. — *Phénomènes sécrètoires, etc, dans les cellules des corps jaunes chez le hérisson.* (C. R. de la Soc. de Biol 1901, pag. 470).

Skrobanski. — (Zentralb. fur Gyn., 1904 - N. 20).

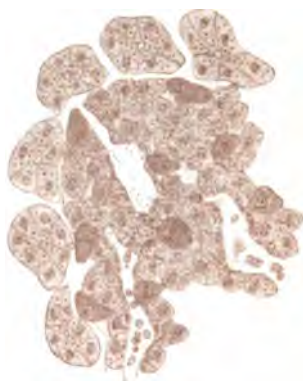
Sobotta. — *Das Wesen der Entwickelung und die Funktion des Corpus luteum.* (Sitzungsb. d. phys. med. Gesell. zu Würsburg, 1904, N. 2. pag. 22).

Villemin. — *Le corps jaune considérè comme glande à sécrètion interne de l'ovaire.* (Paris, Oc. Doin. Edit. 1908).

Dr. S. REBAUDI — **OVAIA, CORPI LUTEI ED ISOLOTTI DEL LANGERHANS.**

1

2

3

Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Genova

DIRETTO DAL PROF. L. M. BOSSI

Di un nuovo modello di forbice rachiotoma

(RACHIOCLASTE)

PEL DOTT. VINCENZO CALIRI, ASSISTENTE

Potrebbe sembrare non opportuno, il presentare uno strumento embriotomico in quest'epoca assai gloriosa per l'ostetricia, e nella quale i sani e razionali principii conservatori, trovano pratica, efficace attuazione per opera d'interventi pronosticamente fausti e per la madre e per il feto.

L'excellence de l'art de accoucher est de sauver deux individus à la fois: queste parole scritte dal più grande ostetrico che nel secolo XVIII ebbe la Francia, dal Levret, costituiscono il principio informatore delle Scuole moderne. Però l'ideale da tutti vagheggiato è lontano dall'essere completamente raggiunto. La craniotomia e la cranioclastia su feto vivo, sono oggi raramente, ma ancora praticate, ed in speciali condizioni giustificate anche da Clinici moderni (1). Notevolmente ridotte, per opera sopratutto della migliorata e più estesa coltura ostetrica, sono oramai le embriotomie su feto in situazione trasversa; esse infatti costituiscono, si può dire, solo operazioni di necessità assoluta, pur tuttavia esse ancora occorrono, come è dato di constatare anche da pubblicazioni contemporanee. Questa mia nota adunque, sarà giustificata poichè, come opportunamente Guzzoni diceva, parlando dell'embriotomia nelle presentazioni di spalla: « *finchè vi è quest'ultima risorsa per liberare in determinate circostanze una donna, finchè l'embriotomia apparterrà al novero delle operazioni ostetriche, occorrerà scegliere fra i numerosi strumenti e processi quello o quelli che si ritengono migliori* » (2).

Ora, nonostante i continui miglioramenti man mano proposti, e nonostante il numero veramente grande di congegni più o meno complicati e talvolta anche bizzarri, l'embriotomia nelle presentazioni di spalla è sempre stata ed è rimasta tuttavia una operazione laboriosa, assai delicata e non sempre perciò di favorevole prognosi materna.

Si è in genere proclivi a giustificare questo fatto con la scarsa esperienza dell'ostetrico in simili operazioni, ma è forse più giusto

ritenere con Tarnier che ciò si deve al fatto che esse vengono eseguite con istrumenti ancora imperfetti (3).

Accennerò rapidamente ad alcuni dei più usati nella pratica. Chiarleoni (4) classificava molto semplicemente gli embriotomi *a)* forbici, *b)* uncini, *c)* a filo. I più adoperati fra i primi sono le forbici di Dubois-Pinard e quelle del Sièbold. Come i sostenitori, così numerosi furono e sono tuttavia gli avversari di questo metodo di decollazione, e non a torto; l'uso di esse infatti è assai delicato e pericoloso anche in mani abili ed esperte, l'operazione è lunga poichè deve essere condotta procedendo cautamente a piccoli tratti, e complicata richiedendo l'uso di valve e l'aiuto di un assistente che fissi ed abbassi man mano la parte presentata, vuoi con trazioni sul braccio procidente, vuoi a mezzo d'un uncino applicato sul collo. Inoltre non si riesce sempre ad evitare ferite, talvolta gravi, alle parti materne; e cito solo in proposito il caso recentemente ricordato da Koblanc (5): in una donna che era stata operata di embriotomia colle forbici da un *ostetrico esperimentato*, egli ebbe a constatare un'ampia ferita della vescica che si estendeva sino al parametrio. L'uso delle forbici è ancora pericoloso per l'operatore, così il Fritsch (6), che pure afferma le sue simpatie per le forbici del Sièbold, non ne nasconde gl'inconvenienti e confessa di essersi *ferito le dita in quasi tutti i casi*. Infine, a dire di Vogel (7), non si riesce talvolta a tagliare la colonna vertebrale, tantochè in questi casi consiglia tagliare prima le parti molli, e di ricorrere poi all'uncino di Braun.

Gli embriotomi a filo sono assai meno adoperati dei precedenti, per quanto per mezzo di essi la decollazione si ottenga più facilmente, e per quanto possediamo modelli soddisfacenti, come quelli del Chiarleoni e sopratutto del Gigli. Essi però offrono lo svantaggio di una difficile applicazione e del pericolo di ledere i tessuti materni, pericolo che nonostante i molti mezzi proposti (uso di valve, speciali congegni) non è completamente eliminato.

Miglior favore hanno trovato gli embriotomi ad uncino, e fra tutti, specialmente in Germania, quello di Braun. Gli uncini taglienti aul tipo di quello di Ramsbotham modificato dallo Schultze, sono poco usati, quantunque l'ultimo sia stato strenuamente difeso da Küstner (8), dallo Schneider (9), ed anche recentemente raccomandato da Skutsch (10). Con esso però è facile ferirsi, e ledere le parti molli materne, (Serra (11), Guzzoni e Pestalozza (12), Fehling (13).

All'uncino di Braun venne fatto l'appunto di richiedere trazioni energiche che stancano l'ostetrico e che possono riuscire fatali ai tessuti materni, e che poi con esso non è sempre possibile raggiungere lo scopo. Così opinano fra gli altri Ribemont (14), Mangiagalli (15), Fehling (l. c.). La modificazione apportata da Cuzzi e Tibone è assai opportuna ed ha reso più facile, più breve e meno pericoloso l'atto operativo; ma è lungi tuttavia dall'avere eliminato completamente gl'inconvenienti. Questi uncini ottusi infatti, agiscono

per pressione sopratutto, la quale viene applicata più o meno energicamente su di un punto della colonna vertebrale così che non può evitarsi che si trasmetta ai due estremi di quell'asta rigida, con grave pericolo delle pareti uterine tese e del segmento inferiore assottigliato. D'altra parte, durante le trazioni, la colonna vertebrale viene a flettersi in parte e noi veniamo così a forzare l'impegno della spalla, ciò che invece noi cerchiamo di evitare, quando riconosciamo che nè la evoluzione spontanea, nè la forzata possono avvenire senza pericolo per la madre. Adunque coll'impiego degli uncini non è ingiustificato il timore di lesioni gravi specialmente del segmento inferiore, (Küstner, Budin, ecc. (16),) sopratutto oggi, che sappiamo come certi casi di presentazione di spalla irriducibile, debbono ascriversi ad alterazioni del segmento inferiore, per le quali esso è venuto a perdere più o meno la sua elasticità. Così nel caso pubblicato da Pestalozza (17), e quello di D'Erchia (18).

Pericolosi possono ancora riuscire i movimenti a chiave che bisogna imprimere allo strumento e con i quali spesso si ottiene uno spostamento del feto. L'uncino doppio dello Zweifel raccomandato specialmente dal Vogel, non offre questo inconveniente: però non è di facile applicazione (Kezmàrszky il quale pure lo crede utile) e d'altra parte non è possibile, una volta allontanati i due uncini, proteggerli contemporaneamente colla mano introdotta nella cavità uterina (Guzzoni-Pestalozza).

In linea generale poi è da notare come con questi embriotomi, le difficoltà divengono assai gravi quando, non essendo facilmente raggiungibile il collo o per altre ragioni, la rottura della colonna vertebrale debba essere praticata sul tronco del feto.

Come si è rapidamente accennato, esistono ancora dispareri sul valore e sull'utilità dei diversi tipi di embriotomi. A parte la statistiche più o meno brillanti, bisogna riconoscere tuttavia che in genere, essi non corrispondono alle indispensabili e razionali condizioni perchè l'atto operativo riesca facile, semplice, breve e senza pericolo alcuno per i tessuti materni e per le dita dell'operatore. Per soddisfare a queste condizioni lo strumento non deve essere tagliente e deve rompere la colonna vertebrale con facilità senza imprimere al feto spostamento alcuno: ed infine dovrebbe limitarsi alla sola soluzione di continuità della colonna vertebrale e lasciare possibilmente integre le parti molli. Quest'ultima proposizione non sarà condivisa dalla maggior parte dei clinici i quali, in genere, sono invece propensi a giudicare della bontà di un embriotomo dal modo più o meno reciso col quale esso stacca la testa dal tronco. Accennerò in seguito ancora a questa tesi.

Mi piace piuttosto qui ricordare, come quelli che corrispondevano razionalmente ad alcuni requisiti, due embriotomi legati a nomi italiani: la forbice decollatrice del Frascani e quella del Carbonelli. Oggi però essi figurano negli armamentari storici perchè troppo complicati, di difficile uso e non esenti da pericoli, tuttavia la prima è ancora raccomandata da D'Erchia (l. c.) Nell'intento

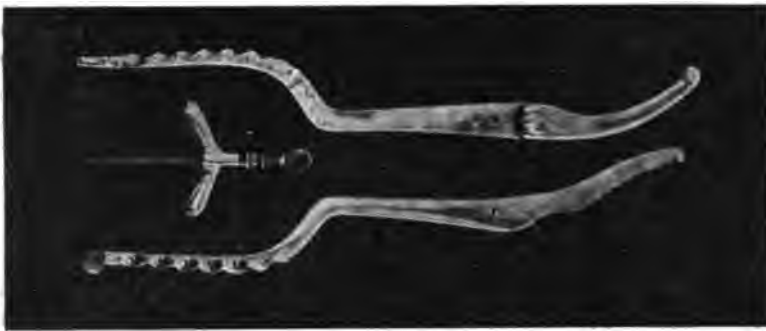
di eliminare i non pochi inconvenienti imputabili ai numerosi embriotomi che possediamo, ho ideato e fatto costruire (*) un nuovo modello di forbice rachiotoma che, per brevità ed anche per il suo meccanismo d'azione, ho creduto di chiamare *rachioclaste*.

Esso consta di due branche articolate alla Collin in ognuna delle quali si possono distinguere tre porzioni: una destinata alla impugnatura e che misura cm. 13, una seconda intermediaria che misura cm. 14, una terza che serve ad agire direttamente sulla colonna vertebrale che misura cm. 7. Quest' ultima porzione presentasi nelle due branche lievemente curva in modo che, a strumento semichiuso, viene a circoscriversi fra esse uno spazio all' incirca ovoidale.

In questa medesima porzione, la branca maschio è merlettata nella sua concavità, la branca femmina invece, spessa alquanto più del doppio della prima, offre una scanalatura destinata a ricevere a strumento chiuso la porzione merlettata della prima e, in un occhiello nella sua parte distale, accoglie il lieve rigonfiamento terminale della branca maschio. Vi si aggiunge ancora una vite a compressione, in modo che per mezzo di essa si può, girando la manovella in un senso o nell' altro, chiudere o divaricare le branche. Il peso complessivo è di gr. 450. Presenta inoltre una lieve curvatura pelvica sul filo, in corrispondenza del quarto distale.

Quanto alla tecnica saran sufficienti poche parole. Supposta una presentazione di spalla con estremo cefalico a destra: introduzione della mano sinistra ed uncinazione del collo. Per riuscirvi più facilmente sarà opportuno trarre cautamente sul braccio procidente, o con l' aiuto di manovre di manovre esterne, molto caute, cercare di rendere più accessibile il collo. Si fa quindi scorrere il rachioclaste articolato e chiuso o, quanto pare sufficiente, aperto nella doccia costituita dal palmo della mano interna, che deve servire di guida e di protezione. Raggiunto il collo, lo si comprende fra la merlettatura e la porzione della branca femmina corrispondente. Controllando sempre colle dita della mano interna, non resta che stringere i manici direttamente colla mano o valendosi della vite a compressione.

La rottura della colonna vertebrale avviene prima che lo strumento sia completamente chiuso, e ce ne rende avvertiti la diminuzione di resistenza. Essa avviene in modo completo come rilevasi dalla radiografia qui annessa, dove la rottura della colonna vertebrale si rileva praticata al collo, all' addome ed al torace; qui è caduta sul corpo di una vertebra, dividendola in due parti, e sulla costola sinistra corrispondente. Se si desidera un certo divaricamento dei due monconi, basta imprimere allo strumento, dopo avvenuta la rottura, due piccoli movimenti di lateralità sul suo asse, come è stato fatto eseguendo la rachioclastia in corrispondenza del collo e dell' addome del cadaverino radiografato, il quale era di dimensioni e di sviluppo normali.

(*) Presso la ditta Marelli di Milano.

Rachioclaste smontato

Rachioclaste aperto

Rachioclaste chiuso

Se l'estremo cefalico trovasi a destra, s'introdurrà la mano omonima; di modo che lo strumento segua sempre possibilmente lo spazio compreso fra il palmo della mano in interna ed il tronco del feto. Se il collo non è raggiungibile e l'embriotomia deve cadere sul tronco, bisogna praticare allora la toraco o addomino rachioclastia, previa eviscerazione, se all'ingresso pelvico si presentano la superficie ventrale o laterale. Nei casi nei quali è accessibile facilmente la superficie dorsale, lo strumento viene applicato dopo incise, con una comune forbice, le parti molli soprastanti per pochi centimetri trasversalmente.

Avvenuto la rottura della colonna vertebrale si procede alla evoluzione artificiale o col metodo del Massarenti o nel modo che apparirà più opportuno. Ho semplicemente accennato a dei casi tipici, non potendo evidentemente intrattenermi, nè vi sarei riuscito in modo completo, sulle diverse eventuali contingenze cliniche alle quali l'ostetrico deve e può provvedere.

I vantaggi del nuovo modello di forbice rachiotoma presentato sono, credo evidenti: è semplice nella sua costruzione, disarticolabile e sterilizzabile con facilità; di agevole applicazione, sul collo e sul tronco del feto; riesce a rompere la colonna vertebrale con nessun dispendio di forze da parte dell'ostetrico; per la merlettatura e per la lieve concavità che le branche nel punto opportuno posseggono non lascia in alcun modo sfuggire il collo; non imprime spostamenti al feto; presentando poi i margini e l'estremità smussi non è pericoloso per i tessuti materni nè per la mano dell'ostetrico, che pur controllando in qualsiasi modo, non può essere ferita. Per tutti questi vantaggi esso può venire adoperato anche da mani non troppo esperte. Inoltre presenta il *vantaggio*, a mio modo di vedere, che mentre procede facilmente e rapidamente alla netta divisione della colonna vertebrale, lascia integra la continuità delle parti molli; ciò che ho cercato di ottenere facendo costruire il rachioclaste in modo che agisca *schiacciando* e non come strumento tagliente.

Per ottenere questo scopo, sarebbe stato sufficiente far costruire tagliente l'ultima porzione delle branche da quella parte destinata a comprendere il collo del feto.

Ma io cercato in altri termini, di limitare l'atto operativo alla semplice cervicorachioclastia, come operazione più semplice e di conseguenza meno pericolosa, poichè la decollazione non istituisce un atto operativo arnico, ma richiede successivamente altri interventi diretti ad estrarre la testa rimasta sola nella cavità uterina. Ed è questa evenienza che ha fatto registrare nella storia dell'ostetricia pratica, alcuni casi dolorosi che non possono non impressionare; cito solo un caso a questo proposito, occorso alcuni anni fa al prof. Bossi: in una donna a termine di gravidanza, in travaglio di parto da molte ore, era stata praticata la decollazione sul feto in situazione trasversa; non essendo riuscito l'operatore all'estrazione successiva della testa, chiamò in aiuto un secondo collega, e quindi

si sentì il bisogno di un terzo; in breve cinque medici avevano invano tentato di liberare la donna provvisti di non pochi strumenti ed adoperando le più diverse manovre. Invocato infine l' opera del prof. Bossi, questi riuscì con non poche difficoltà, date le condizioni generali e locali della paziente, a vuotare l' utero ed a salvare la donna. Ed ogni clinico che conti una lunga carriera ed una estesa esperienza potrebbe ricordarne.

Simili fatti non avvengono certamente nelle cliniche, ricche di ogni conforto e con un personale provetto; però è a notare che esse non hanno nè possono avere il monopolio delle operazioni ostetriche, e forse la metà delle donne deve affidare la sua vita, anche nelle più gravi contingenze, al modesto quanto colto medico pratico, ma non provetto specialista. A parte questo, l' estrazione della testa non è sempre scevra di pericoli: può avvenire che una scheggia ossea ferisca le parti molli materne, che richieda un' altro atto operativo quale l' applicazione di forcipe, la craniotomia, la cranioclastia, atti operativi nei quali è quindi necessario l' aiuto di un assistente che fissi la testa all' ingresso pelvico, e perfino, a quanto scrivono Trillat e Latarget (19) che si sono fra più recenti occupati dell'argomento, l' isterectomia addominale. In ogni caso non si potrà mai completamente evitare il pericolo d' infezione, data l' abituale flora di microrganismi anche patogeni, che esiste in vagina e le ripetute introduzioni della mano nella cavità uterina o sia pure all' introito di essa. Eppure quasi tutti sono oggi partigiani della decollazione così anche recentemente il Wernitz (20) ne pubblica quattro casi, in due dei quali ha dovuto praticare prima la disarticolazione del braccio procidente e, dopo la decollazione, far precedere la craniotomia all' estrazione della testa. Nessuno può menomamente dubitare dell' opportunità di quella serie d' interventi, nei casi speciali pubblicati dal clinico di Odessa, ma egli è vero altresì che ove queste indicazioni si generalizzassero, si verrebbe ad una, direi quasi, *iperdemolizione* condannabile. A parte la brachiotomia, che raramente si pratica, vi è anche da domandarsi, se il distacco completo della testa dal tronco, rappresenti una necessità operatoria o se la semplice *cervico-rachiotomia* non sia *sufficiente*, in tutti i casi o nella grande maggioranza di essi.

Un certo numero di feti in presentazione di spalla fissa, viene espulso per evoluzione spontanea; di altri è possibile l' estrazione con la evoluzione forzata e ciò in un caso e nell' altro avviene per un certo allungamento del collo. Il Massarenti (21) a questo proposito scriveva, che se il feto umano fosse fornito di un collo che avesse qualche centimetro di più di quanto ha ordinariamente, il parto per la spalla dovrebbe essere annoverato fra i parti naturali; ed egli riteneva che, annullando la rigidità della colonna vertebrale, era possibile ottenere questo allungamento, anzi un allungamento maggiore; fu quindi un sostenitore della *cervico-rachiotomia semplice;* non ebbe seguaci, si può dire, oltre Golinelli (22); forse perchè il *vertebrotomo* da lui proposto non corrispondeva a sufficienza,

e forse ancora per la poco modesta risolutezza, con la quale egli voleva imporre *la nuova operazione*. Sta in fatto però che la distocia nelle presentazioni di spalla è costituita essenzialmente dalla colonna vertebrale. Le parti molli sono riducibili, godono di molta elasticità e perciò sono suscettibili di cospicuo adattamento: è logico quindi che la nostra attenzione debba essere rivolta ad annullare con opportuni strumenti la rigidità della colonna vertebrale. Allora teoricamente il parto in quasi tutti i casi potrà avvenire spontaneo o praticamente compiuto coll' evoluzione artificiale con opportuna modalità, poichè le parti molli, specie se traumatizzate, permettono un sufficiente allungamento del collo senza pericolo alcuno per la madre, almeno nella quasi generalità dei casi.

Per tal modo si richiede un intervento molto più semplice e si eliminano le difficoltà inerenti all' estrazione della testa rimasta sola dopo la decollazione. Nei casi poi di distocia pelvica o delle parti molli nei quali si credesse necessaria la craniotomia, questa verrebbe praticata su testa posteriore con ben altra facilità che sulla testa sola e libera nella cavità uterina. Ove, in speciali contingenze, eseguita la cervico-rachiotomia, non si riuscisse per lo sviluppo del feto o per altri eventuali fattori a compiere l' evoluzione artificiale, sarà più opportuno, a mio modo di vedere, rompere in altri punti ancora la colonna vertebrale, anzichè procedere alla decollazione; e ciò sopratutto quando si possieda uno strumento che renda agevole tale operazione. È da notare per incidenza che i sostenitori della decollazione, preferiscono la rachiotomia semplice toracico-addominale alla *bipartizione* e spesso, quando il collo non è raggiungibile, la semplice exenteratio secondo il precetto di Veit, mentre quest' ultimo non può essenzialmente rappresentare che un atto operativo preparatorio a quello più efficace e razionale costituito dalla rottura della colonna vertebrale in corrispondenza del torace o dell' addome del feto (Fritsch). Che la semplice cervico-rachiotomia sia sufficiente, per lo meno in buon numero di casi, perchè il parto agevolmente e favorevolmente venga compiuto, ricordo due casi occorsi nell' Istituto Ostetrico-Ginecologico di Milano diretto dal Prof. Mangiagalli. Trattavasi di due donne entrate in Clinica già da lungo tempo in travaglio di parto e nelle quali eran già stati praticati mal diretti tentativi di rivolgimento; in una di esse, febbriciante, erano state fatte trazioni sul braccio procidente. Ho potuto eseguire la cervico-rachiotomia e successivamente con facilità ho praticato l' evoluzione artificiale alla Massarenti. Il puerperio fu normale in una, e nell' altra che era già febbriciante, fu complicato da placche necrotiche formatesi in corrispondenza di abrasioni in vagina già presenti all' ingresso in Clinica Con opportuna cura anch' essa guarì, presto e completamente (*).

(*) Nei casi accennati ho adoperato l' uncino Cuzzi-Tibone, col quale son riuscito nell'intento non senza difficoltà e dispendio di forze: difficoltà le quali mi suggerirono l'idea di uno strumento che più facilmente e con minori pericoli permettesse di raggiungere lo scopo.

Ad ogni modo, non posso generalizzare ma credo giusto il concetto del Massarenti, che modestamente condivido e che a torto a mio parere è stato condannato e solo ricordato come valore storico. Sarebbe a questo proposito desiderabile, per una efficace sanzione clinica, che non si praticasse con animo deliberato la decollazione, come si rileva da quasi tutte le pubblicazione sia stato fatto, ma si limitasse l' embriotomia nei dovuti casi, alla sola rottura della colonna vertebrale, e ciò per meglio e con più sicurezza giudicare sull' utilità di questo atto operativo più semplice e meno pericoloso.

BIBLIOGRAFIA

(1) Bar. — *Deux questions obstétricales.* — Paris, C. Naud, édit. 1902.

Pestalozza. — *Comptes rendus du Congrès périodique internat. de Gyn. et d'Obst.* — Amsterdam, 1899.

La Torre. — Ibidem.

Krönig. — *Die Therapie beim engen Becken.* — Leipzig, 1901.

(2) Guzzoni. — *Embriotomia nelle presentazioni di spalla ed uncino rachiotomo.* — Comunicazione fatta alla Società Medico-Chirurgica di Pavia il 13 noeembre 1886.

(3) Tarnier. — *Art. Embryotomie, nel Nouv. Dict. de Med. e de Chir.*

(4) Chiarleoni. — *Sei casi di decollazione, etc.* — Osservatore Gazzetta delle Cliniche, Torino 1876

(5) Koblanc. — *Craniotomia ed embriotomia.* — Vol. IX de la Clinica Contemporanea di Leyden e Klemperer. Trad. Patellani e Cioia, Soc. Ed. Lib., Milano - Pag. 638.

(6) Fritsch. — *Klinik der Geburtshilflichen operationen*, 1898.

(7) Vogel. — *Leitfaden der Geburtshülfe.* — Stuttgart, 1908, pag. 381.

(8) Kustner. — *Die Bekandlung vernachlässigter Querlagen und dar Schultze'scke-Sichelmesser.* — Zent. f. Gyn. 1880 - Pag. 169.

(9) Schneider. — *Beitrag fur Anwendung des Schultze' schen Sichelmesser.* Deut. Med. Woch. 1897 - N. 20.

(10) T. Skutsch. — *Geturtshülfliche Operationlehre.* — Fischer-Jene, 1901 - Pag. 227.

(11) Serra. — *I pericoli dell'uncino di Schultze nella decollazione.* — Bollettino della Società dei cultori delle scienze mediche di Cagliari - 1897.

(12) Guzzoni e Pestalozza. — *Vol. Operazioni Ostetriche del Trattato di Ostetricia e Ginecologia.* — D. T. Vallardi, Milano.

(13) *Die operative Geturtshilfe der Praxis und Klinik Wiestaden.* — Bergmann, 1908 - Pag. 58.

(14) Ribemont, Dessaignes et Lepage. - *Précis d'obstétrique.* - Paris, 1904.

(15) Mangiagalli. — Il quinquennio 1875-78 alla Clinica ostetrica di Milano, 1882.

(16) Budin. — *Leçons de clinique obstetricale.* — Paris, 1908.

(17) Pestalozza. — *Sulla rottura spontanea dell'utero in travaglio di parto.* — Settimana medica dello Sperimentale. — Anno LII - N. 1-2.

(18) D'Erchia. — *Studio critico della Cefalotrisia, Cranioclasia ed Embriotomia.* — (Sulla Cefalometria esterna). Estratto dagli Annali di Ost. e Ginec., N. 8, Agosto 1902.

(19) Trillat e Latarget. — *Modes d'intervention employés pour l'extraction de la tête isolée du tronc et retenue dans l'uterus.* Obstétrique, 1907, N. 1.

(20) Wernitz. — *Über verschleppte Querlagen und die Dekapitation.* — Zentralblatt für Gynäkologie - N. 46 - Novembre 1907.

(21) Massarenti. — *Considerazioni intorno l'evoluzione pelvica spontanea e modo di praticarla artificialmente, ecc.* — Rivista Clinica, Bologna 1881.

(22) — Golinelli. — *Alcuni casi relativi alla presentazione della spalla con speciali considerazioni.* — Indicazione per l'uso metodico degli uncini acuti. ecc Bollettino delle scienze mediche, Bologna 1868.

Da una radiografia.

RECENSIONI.

W. KNOEPFELMACHER UND H. LEHNDORF. — **La reazione di Wassermann nelle madri di lattanti eredo-sifilitici.** — (Wien. med. Wochenschr., 1908 - N. 12).

Gli AA. hanno ricercato la reazione di Wassermann in 20 donne madri di lattanti eredo-sifilitici, delle quali 14 pare assodato non abbiano mai avuto a lamentare sintomo alcuno di infezione sifilitica. In queste donne la reazione fu positiva nelle proporzioni del 78.5 %: cifre queste che s'avvicinano molto a quelle ottenute negli individui sifilitici conclamati.

Gli AA. alla domanda che si pongono, se questo reperto debba imputarsi al possibile passaggio di anticorpi specifici dall'organismo del feto a quello della madre, non si ritengono autorizzati a rispondere affermativamente, anche per il fatto che la reazione di Wassermann in queste donne parecche volte fu riscontrata positiva molto tempo dopo avutosi il parto.

Rebaudi.

C. MAURO GRECO. — **L'adrénaline dans le rachitisme.** — Revue d'hygiène et de méd. infantile, 1908 - N. 1).

L'A., ispirandosi al concetto fondamentale, che il rachitismo possa esser considerato la conseguenza di una intossicazione endogena, ha praticato in 9 bambini rachitici un'opoterapia surrenale per mezzo di cloridrato d'adrenalina Parke e Davis in soluzione al millesimo, opportunamente diluito ad 1/8 o ad 1/5 di milligrammo per iniezione a mezzo di soluzione fisiologica al 0.75 %.

In seguito ad una cura di 20-30 iniezioni quotidiane potè venire alle conclusioni seguenti:

1.° Nei bambini rachitici le iniezioni a piccole dosi di cloridrato di adrenalina in soluzione fisiologica determinano un miglioramento rapido dello stato generale e della nutrizione;

2.° Anche i dolori ed i disturbi gastrointestinali dei bambini rachitici si attenuano e guariscono rapidamente;

3.° Nè durante, nè dopo questo speciale trattamento si risvegliano fenomeni di intolleranza generale o di irritazione locale. Le iniezioni sono pressochè sopportate senza dolore. Si osserva poi un fatto interessantissimo: l'adrenalina aumentando la tonicità muscolare rende possibile in questi bambini rachitici la deambulazione fino allora difficile.

Rebaudi.

F. CAMPIONE. — **Laparatomia primaria per gravidanza extra-uterina a termine.** *Madre e bambina viventi*). — (Archivio di Ostetricia e Gin., 1908 - N. 8).

L'A. ad accrescere la interessante casistica delle gravidanze ectopiche a ter. mine con feto vivo e vitabile, descrive un suo caso di gravidanza extra-uterina tubarica sinistra, a termine, con feto vivo e sacco fetale integro, in cui, intervenendo per via laparotomica, potè asportare un feto femmina del peso di 3470 gr. e della lunghezza di cent. 51, vivo e tuttora vivente in ottime condizioni di vita. Contemporaneamente fu asportata la placenta assieme alla quasi totalità del sacco. La donna è guarita e tuttora gode ottima salute.

Rebaudi.

S. DELLE CHIAIE. — **Sull'ossigeno mobile nel sangue fetale.** — (Archivio ital. di Ginecologia - N. 7 - Luglio 1908).

L'A., al contrario dei risultati cui anni addietro erano venuti Doléris e Quinquaud colle loro classiche ricerche, facendo uso pel dosaggio dell'ossigeno mobile dell'apparecchio ideato da Montuori, è venuto alle conclusioni seguenti:

1.° La capacità respiratoria del sangue del feto, prima che venga alla luce, è minore rispetto a quella del sangue materno.

2.° La capacità respiratoria del sangue del neonato, pur essendo inferiore a quella del sangue materno, è superiore a quella del feto prima della sua espulsione dall'utero.

Tale differenza nella intensità dei processi ossidativi prima e dopo il parto l'A. pensa possa imputarsi principalmente alla diversa temperatura dell'ambiente ed al lavorio muscolare. La minima attività dei processi ossidativi durante la vita intrauterina dev'esser considerata quale una condizione favorevole contro le eventuali cause d'asfissia fetale, che con tutta facilità possono venire in campo. durante il travaglio del parto.

Rebaudi.

S. Delle Chiaie. — **Ricerche sull'ossigeno mobile nel sangue durante la gravidanza.** (La Ginecologia, N. 3 - Febbraio 1908).

Usando dello stesso metodo e dello stesso apparecchio ecco quali furono le conclusioni cui venne l'A. da ricerche condotte su animali gravidi:

1.° Durante la gravidanza l'ossigeno mobile del sangue aumenta e quindi maggiore ne è la capacità respiratoria;

2.° Tale capacità respiratoria diminuisce di già 24 ore dopo il parto per mantenersi costantemente la medesima anche fuori del puerperio.

L'A. ritiene che l'aumento della capacità respiratoria del sangue durante la gestazione debba servire principalmente alla ematosi fetale.

Rebaudi.

A. Bertino. — **Sul prolasso della mucosa uretrale della donna.** — (La Ginecologia - Fasc. 15 - Agosto 1908).

L'A., quale contributo al capitolo interessantissimo e non ancora sufficientemente studiato del prolasso della mucosa uretrale nella donna. porta i resultati di sue ricerche cliniche ed anatomo-patologiche condotte in 8 casi occorsi ed operati nelle Cliniche di Parma e Firenze dal 1905 al 1908: resultati che possono esser riassunti nelle proposizioni seguenti:

Il prolasso della mucosa uretrale femminile non è un'affezione così rara come un tempo si riteneva.

Nella sua forma di prolasso completo, anulare, si incontra a preferenza nelle bambine e nelle donne entrate nella menopausa, pressochè nelle identiche proporzioni.

L'etiologia della malattia non è sempre facile a spiegarsi: data l'epoca della vita in cui compare, si deve ritenere che la causa predisponente più importante sia costituita dalle modificazioni, che avvengono nei genitali femminili prima del comparire della mestruazione e col cessare di questa

Le cause determinati possono essere diverse ed agire da sole od associate; più frequentemente sono costituite da processi infiammatori di varia natura che colpiscono i genitali femminili.

La cura della malattia in qualche caso può essere esclusivamente medica, ma per lo più dev'essere chirurgica; fra i diversi processi da adottarsi è raccomandabile quello della escisione della mucosa prolassata con successiva sutura.

Rebaudi.

G. Guicciardi. — **Contributo alla ricerca degli anticorpi nel latte di donna sifilitica** — La Ginecologia - Fasc. II - Giugno 1908).

Sono ricerche condotte sul latte durante il puerperio e sul siero-colostro durante la gravidanza in donne sifilitiche a mezzo del metodo di Wassermann, servendosi quale antigeno di soluzione d'organi di feto certamente sifilitico. Se ne conclude che:

1.° Riesce nel latte di donna sifilitica di dimostrare la presenza degli anticorpi specifici.

2.° Come nel latte, così la reazione si può ottenere anche col siero-colostro durante la gravidanza.

3.° Il reperto positivo però non è costante (su 6 casi, 4 positivi).

4.° La reazione si ottiene anche coi casi di infezione antica, anzi sono quelli che, mentre danno la maggior probabilità di esito positivo, dal punto di vista

clinico maggiormente interessane, in quanto e l'anamnesi remota, ed i dati somatici possono essere insufficienti e quindi la constatata presenza di anticorpi, costituisce il solo mezzo diagnostico possibile.

5.° Avendo un siero (sangue, latte, ecc.), in cui la presenza di anticorpi sifilitici fu sicuramente dimostrata, possiamo svelare la presenza dell'antigeno in feti in cui l'infezione sifilitica si può sospettare, ma non sicuramente dimostrare.

6.° Tra cura mercuriale e presenza di anticorpi sifilitici, pare esista un rapporto semplice e diretto, nel senso che quanto più regolare ed intensiva fu la terapia, minore è il contenuto di anticorpi nel siero e per conseguenza nel latte, e quindi più difficile ottenere una reazione positiva

Rebaudi.

Carmelo Gil I. — **La distribution vasculaire des villosités placentaires étudiées par la radiographie.** — (Imprenta y Encuadernaciòn de M. Aldama — Bilbao, 1908).

L'A. dopo aver accennato all'importanza che può assumere l'esame radiografico dei vasi della placenta nello studio di alcuni suoi processi patologici e di alcune particolarità anatomiche, dopo d'aver enumerati i diversi mezzi usati a tal fine, presenta una accuratissima radiografia ove è molto chiaramente messa in evidenza anche nei suoi minimi e fini capillari la circolazione dei cotiledoni placentari.

Come propone e consiglia l'A. le due arterie ombelicali furono iniettate con mercurio metallico.

Rebaudi.

M. Thumin. — **Rapporti funzionali fra ovaio e glandule a secrezione interna** — (Società di Medicina Berlinese - Seduta 16 dicembre 1908).

Dopo aver ricordato le numerose osservazioni e ricerche, che dimostrano l'intimo nesso che corre fra ovaia e glandule a secrezione interna, soffermandosi specialmente a dire dei rapporti che corrono fra ovaia e capsule surrenali, dimostrati luminosamente dagli studi di Bossi, Raineri, Neugebauer, l'A. viene ad esporre un caso di pseudoermafroditismo acquisito, che molto bellamente illumina l'interessantissima questione.

Si tratta di una giovanetta di 17 anni entrata all'ospedale a causa della cessazione brusca del mestruo, la quale, pur avendo dei seni ben sviluppati e l'apparecchio suo genitale tangibile in condizioni normali, ha notato come da un qualche tempo siano cresciuti fitti i peli sul mento, sul petto, sull'addome, specialmente lungo la linea alba, nel mentre la voce prendeva un timbro mascolino.

Venuta la ragazza incidentalmente a morire, all'autopsia si riscontra contemporaneamente all'atrofia d'ambedue le ovaia prive di corpi lutei, una ipertrofia del corpo tiroide e della capsula surrenale destra, la quale ha raggiunto il volume di un pugno. Per contro l'ipofisi non è ipertrofica.

Rebaudi.

PARTE II.

PSICOLOGIA, MEDICINA LEGALE E SOCIOLOGIA GINECOLOGICA

Sulla rottura spontanea dei fornici vaginali IN SOPRAPARTO

PARERE MEDICO-LEGALE

PER IL DOTT. F. R. VARALDO, LIBERO DOCENTE

Illustro un caso di ostetricia legale, che fu oggetto di una mia perizia giudiziaria e che mi è parso interessante sotto il doppio punto di vista clinico e medico legale.

Clinicamente esso rappresenta un valido contributo all'etiologia ed alla diagnosi delle rotture spontanee dei fornici vaginali in sopraparto e, considerato dal punto di vista medico legale, dimostra come durante il sopraparto possa prepararsi, svolgersi e prodursi una rottura spontanea del fornice posteriore della vagina, senza che il sanitario, il quale vi assiste, riesca a scorgerne la causa che la produce ed a rilevarne ed interpretarne giustamente la sintomatologia.

E appunto principalmente mi piace rendere pubblico questo mio lavoro giudiziario a tutela della responsabilità professionale, che troppo frequentemente è portata in campo nello esercizio dell'ostetricia pratica.

Notizie sommarie avute circa la storia del fatto.

La signora N. N. di anni 32, essendo passata da circa un anno a seconde nozze, trovavasi in istato di gravidanza a termine. Essa aveva avuto altri due parti a termine nel primo matrimonio; i parti avvennero spontanei; feti vivi; non abbiamo notizie precise intorno al modo in cui decorsero i puerperi, ma si ritiene che avessero un decorso regolare; l'ultimo parto data a circa sei anni fa.

Nulla di notevole ci è noto per quanto riguarda il suo gentilizio e l'anamnesi personale remota.

Da parecchi anni la signora N N. lamentava disturbi intestinali, dolori sacrolombari e dolori di ventre, per cui fu curata a lungo con diagnosi di appendicite e pericolite. Ci mancano precise

notizie sul decorso di questa malattia, mancano anche particolari sulla storia delle funzioni genitali.

Il decorso di quest'ultima gravidanza fu alquanto disturbato per frequenti dolori sacrolombari, qualche perdita leucorroica, disturbi vaghi dell'apparato digerente e del sistema nervoso. Consultò parecchie volte il medico ma, per quanto questi vi insistesse, non volle mai assoggettarsi a visita ginecologica. A mente della gestante, come pure a giudizio del sanitario, l'epoca del parto era fissata per il giorno 19 dicembre, mentre il travaglio avvenne con dieci giorni di ritardo. Il 28 dicembre cominciarono le prime doglie, le quali fin da principio causarono vivo dolore, senso d'angoscia e viva inquietudine della partoriente. Alla sera del giorno stesso fu necessario il primo consulto col medico, il quale, praticato l'esame ostetrico, fa diagnosi di « donna in travaglio di parto, gravidanza a termine tardiva, feto unico vivo, in presentazione podalica completa, bocca uterina aperta quanto un pezzo da cinque lire, bacino normale ».

Egli attribuisce le grandi sofferenze della donna alla sua ipereccitabilità nervosa e la lentezza del parto alla sfavorevole presentazione ed a soverchio sviluppo del feto Considerato però che trattasi di una pluripara, con bacino ben conformato, fa prognosi buona confidando anche in un parto spontaneo e naturale. Nella notte e giorno successivo, la donna è continuamente travagliata, le contrazioni si succedono in modo irregolare, ora subentranti, energiche e accompagnate da fenomeni di sovraeccitazione nervosa, ora con pause e senso di stanchezza ed esaurimento della paziente; il dolore al ventre però è continuo e la donna invoca il soccorso dell' arte.

Il medico ripete l'esame ginecologico, ma trova che la dilatazione non ha progredito e che la parte presentata si mantiene fissa, come inchiodata all'ingresso del bacino. Rileva la soverchia sofferenza ed irrequietezza della signora, ma non ne vede altra ragione all'infuori della sua ipereccitabilità nervosa; vorrebbe liberarla, ma la scarsa dilatazione della bocca uterina lo induce ad attendere ancora. Intanto i fenomeni generali si accentuano, momenti di sovraeccitazione sono seguiti da specie di deliqui, di debolezza e stanchezza estrema. Pensa di rafforzare l'azione delle contrazioni uterine con l'intento di far progredire il parto di quel tanto almeno che possa permettere l'estrazione artificiale, e somministra un grammo di segala cornuta e lavature vaginali calde. Circa la mezzanotte la partoriente è colta da una violenta crisi di ipereccitazione nervosa e da dolori conquassanti al basso ventre, così che il medico deve intervenire dando una pozione calmante (cloralio).

Succede a questa crisi di dolori una eccessiva calma ed uno stato di completa inerzia, mentre lo stato generale si fa inquietante, la donna si trova abbattuta, pallida, sfinita, il polso si fa celere per cui il medico non crede più oltre temporeggiare e si dispone per un intervento.

Fatti i preparativi necessari, messa la donna in posizione ostetrica, introduce la mano in vagina per praticare l'abbassamento del piede, ma trova sensazioni che mai aveva avuto, palpa un tessuto che non sa identificare, lì per lì pensa alla placenta previa, alla rottura d'utero,... ritira la mano e capisce che, comunque sia, urge un'azione decisiva per svuotare l'utero. Corre a prendere l'istrumento necessario per l'estrazione rapida del feto, chiama in consulto un collega, ma al suo ritorno constata che un'ansa intestinale è in vagina, concreta la diagnosi di una rottura d'utero e richiede l'opera di un consulente chirurgo.

Intanto vanno sempre più accentuandosi i fenomeni di *schock* e la donna versa in uno stato grave. Il collega si presta per i soccorsi immediati, iniezioni eccitanti, ipodermoclisi, ecc.; conviene nella diagnosi di rottura d'utero e nel proposito di invitare un chirurgo per liberare la donna.

Arrivato il chirurgo, conferma la diagnosi di rottura d'utero, osserva che l'intestino procidente alla vulva è altresì lacerato e crede di non dover intervenire con atti operativi che, a suo parere, non sarebbero più sopportati dalla paziente.

La signora N. N. abbandonata e sè sopravvive ancora tutto il giorno mentre i fenomeni di schock si aggravano, finchè alla mezzanotte esala l'ultimo respiro.

Pervenuta all'Autorità Giudiziaria una denuncia di sospetta colposità per imperizia di chi ha assistito la N. N. nel travaglio del parto, viene ordinata l'esumazione del cadavere per procedere a necroscopia e perizia medico-legale.

A medici periti si richiedono il Prof. Dott. F. R. Varaldo docente di ostetricia, e il Dott. R. Levratto, medico chirurgo in Finalborgo.

NECROSCOPIA.

A seguito di regolare citazione il giorno 18 gennaio, alle ore 14, i periti suddetti, accompagnati dall'Autorità Giudiziaria, si recano al cimitero, dove, esaurite le pratiche della esumazione, procedono alla necroscopia dalla N. N.

Coadiuva nell'operazione necrotomica il Dott. Delfino, primo assistente all'Istituto di Anatomia Patologica della R. Università di Genova.

Aperta la cavità cranica si rileva:

Nulla di patologico alle parti molli del cranio e della calotta cranica. Normale la tensione della dura madre, vuoto il seno longitudinale, nulla di notevole a carico della faccia interna della dura madre. Nulla di notevole alla base del cranio. Normale il circolo del Willis. Ventricoli laterali vuoti. Nulla ai nuclei della base. Nulla al cervelletto.

Aperta la cavità toracica:

Nulla di notevole allo scheletro della gabbia toracica. Nel cavo pericardico si riscontrano circa trenta centimetri cubi di liquido. Nulla di notevole all'epicardio. Nulla di notevole alle valvole ed orifici del cuore. Nulla di notevole al miocardio. Le cavità dei ventricoli contengono abbondante quantità di polipi fibrinosi. Nulla all' ilo dei polmoni. Pleura e polmoni: nulla di notevole.

Aperta la cavità addominale:

Fegato e milza in avanzata putrefazione. Nella cavità addominale si trova poco liquido, siero ematico. L'utero evidentemente gravido, occupa gran parte della cavità addominale ed il suo fondo arriva alla seconda zona sopraombellicale.

Intestini. — Si comincia a svolgere l'intestino partendo dalla regione cecale e così si riesce a seguire tutte le tre porzioni del colon, il sigma colico ed il retto che risultano perfettamente integri.

Risalendo poi dall'appendice cecale si segue il tenue per due metri e venticinque centimetri integro. A questo punto il tenue forma un'ansa che attraversa il fornice posteriore vaginale, ampiamente lacerato, discende in vagina, fuoriesce dalla vulva e risale per la stessa via nella cavità addominale. Questa ansa è profondamente contusa e lacerata. Il tenue segue poi integro fino allo stomaco. Stomaco, esofago e cavità orali in condizioni normali.

Utero. Dimensioni: longitudinale cm. 30, trasversale 25, altezza, ossia diametro antero posteriore 14 - forma globosa, grossolanamente triangolare. Leggermente sollevato si rileva alla faccia posteriore presso il fondo ed a sinistra una prominenza del volume della testa di un feto settimestre, che fa corpo coll'utero stesso.

Sollevato completamente l'utero si rende bene evidente la breccia al fornice vaginale posteriore, attraverso la quale abbiamo visto far ernia un'ansa del tenue.

Posteriormente quindi l'utero manca della sua inserzione alla vagina. Con le debite precauzioni si isola e si trasporta in massa, vagina, utero e vescica, che portati sul tavolo anatomico dimostrano l'ampia lacerazione del fornice posteriore, integrità del fornice anteriore; la bocca uterina è integra ed aperta solo da lasciar passare quattro dita a cono. Da essa fa procidenza il funicolo ombelicale ed attraverso ad essa, esplorando col dito la cavità, si raggiungono immediatamente i piedi del feto.

La vescica, a ridosso della parete vaginale anteriore, si presenta normale e vuota.

Spaccata la parete anteriore dell'utero, la cavità risulta occupata dal feto in atteggiamento normale ed in presentazione podalica completa. Il feto è di sesso femminile ed ha lo sviluppo di un feto a termine.

Le pareti uterine, nè all'esterno, nè all'interno, presentano soluzioni di continuo, ed hanno uno spessore di circa un centimetro. Internamente sono tappezzate dalle membrane ovulari mentre la placenta è inserita e, tuttora normalmente, aderente alla parte alta

della parete posteriore verso il corno destro. Sempre alla parete posteriore verso il fondo, e verso il corno uterino sinistro, esiste quella speciale tumescenza, che risulta costituita da un fibromiona a sviluppo intramurale e sottosieroso, di cui si asporta un pezzetto.

Nulla di notevole ai reni. Bacino normale. Circonferenza pelvica 88, lunghezza del feto 51.

Si dà atto che i periti hanno raccolto in un piccolo vaso a tappo smerigliato l'ansa intestinale nel tratto lacerato, nonchè un pezzetto del tumore, come si è detto sopra, e che tale vaso viene da essi ritirato per le occorrenti osservazioni.

A questo punto vengono dall' Ufficio proposti i seguenti quesiti:

1.° Quale è stata la causa diretta ed immediata della morte della signora N. N.?

2.° Le lesioni riscontrate all'apparato genitale ed all'intestino furono la sola causa della morte o vi concorsero circostanze preesistenti o sopravvenute alle lesioni stesse?

3.° Dette lesioni possono essere state determinate dal travaglio naturale del parto, o piuttosto non furono prodotte dai medicinali somministrati o dagli interventi operatori del sanitario, od anche dal tempo in cui tale intervento avvenne?

4.° Dato che le lesioni siano dovute all' intervento operativo del sanitario, le condizioni uterine ed addominali della paziente, potevano dar luogo all'errore di afferrare un'ansa intestinale e tirarla, credendo di agire sopra il feto?

I.

Quale è stata la causa diretta ed immediata della morte della signora N. N.?

Le lesioni, che fu dato constatare alla sezione necroscopica, sono rappresentate principalmente dalla rottura del fornice vaginale posteriore, attraverso la quale viene a far ernia un'ansa dell' intestino tenue.

La lacerazione del fornice posteriore corrisponde per la sua estensione e per la sua direzione (trasversale) alla rottura della inserzione della parete posteriore della vagina al collo dell'utero; ed invero alla faccia posteriore di questa, là dove appunto doveva essere inserita la vagina, residuano solo pochi lacerti delle fibre di inserzione vaginale.

L'ansa del tenue che viene a far prolasso attraverso a questa soluzione di continuo, scende sino a fuoriuscire per parecchi centimetri dalla vulva.

E' relativamente bene conservata e riconoscibile per quel tratto che percorre la vagina, mentre la parte che fuoriesce dalla vulva ha aspetto verdastro per processo di putrefazione ed appare lace-

rata e posta sotto le natiche del cadavere, che vi poggiano sopra così da doversi smuovere il cadavere per liberarla.

Se noi veniamo a considerare le diverse conseguenze mortali che può portare con sé la rottura del fornice vaginale posteriore interessante il peritoneo e complicata da prolasso di anse intestinali, noi dobbiamo ammettere che esse sono: *l'emorragia*, *l'infezione del peritoneo e lo schock*.

Le rotture del fornice vaginale durante il parto sono equiparate in ostetricia alle rotture dell'utero, e ciò sia rispetto alla etiologia, che per le une come per le altre può essere spontanea e traumatica, sia per frequenza, sintomi e decorso, sia ancora per la prognosi. Ma, a proposito di quest'ultima, dobbiamo rilevare che la prognosi è generalmente ritenuta migliore per le rotture dei fornici vaginali che non per le rotture di utero gravido.

« Le pronostic dans les ruptures des culs-de-sac (fornici) du vagin est évidemment subordonné à l'étendue des lésions, à l'abondance de l'hemorragie, au passage du foetus dans le ventre. Il peut donc être extremement grave, mais d'une façon générale il l'est beaucoup moins que pour les ruptures de l'uterus. On a même vu des femmes guerir, malgré le contact du foetus avec la péritoine.

« L'issue de l'intestin par la plaie est une complication dangereuse, mais non mortelle, et on à observé plusieurs cas de guerison avec gangrène de l'intestin et fistule intestino-vaginale consecutive. Le traitement consiste à terminer d'abord l'accouchement par les voies naturelles, toutes les fois que la chose est possible, soit par le forceps ou la version si l'enfant est vivant, soit par l'embriotomie s'il est mort ». *(Tarnier e Budin.* Traité de l'art des accouchements - Tôme troisisme.)

La rottura del fornice vaginale durante il parto non è dunque per sè necessariamente mortale, anche quando sia complicata da fuoriuscita, contusione o rottura dell'intestino. Ricorderemo il caso di Billroth, il quale: « appelé près de la malade, trouva le foetus expulsé et deux anses intestinales à la vulve. Billroth fit la laparatomie, resequa l'intestin au ras de la plaie uterine et l'incision faite à l'abdome furent suturés avec soin; les anses intestinales furent extraites par la vulve. La malade guèrit ». *Pozzi.* Bulletin de la Société de Chirurgie, 1905. pag. 246).

E citeremo ancora un caso nella nostra guardia ostetrica di Genova, in cui il medico di guardia chiamato al letto di una partoriente trova che per rottura dell'utero e dei fornici vaginali, il feto è passato nella cavità addominale mentre l'intestino è prolassato in vagina; egli riduce e ripara le anse intestinali, prepara per la laparatomia ed avverte il direttore della Guardia prof. Bossi, il quale accorso, opera la paziente che sopravvive tuttora.

Ma per attenersi alle generalità riprodurremo le statistiche sulla prognosi delle rotture dell'utero gravido, le quali hanno una mortalità del 73 % nei casi, che furono abbandonati a sè e non cu-

rati, mentre la mortalità si riduce al 40 % nei casi ai quali si è fatto seguire una cura adatta. *(Klimn).*

Da tutto ciò emerge evidente la conclusione, che la rottura dell'utero (rispettivamente del fornice vaginale) dà una mortalità assai elevata ad onta di tutte le cure; che questa mortalità raggiunge proporzioni addirittura spaventose nei casi abbandonati a sè, ma eziandio, che la rottura d'utero è passibile di guarigione, specie quando ad essa si faccia seguire adatta cura.

Ed ora ritorniamo all'esame del nostro caso disgraziato, nello intento di precisamente stabilire come alla rottura complicata del fornice posteriore, potè seguire la morte della paziente.

Come sovra abbiamo accennato, la rottura complicata del fornice vaginale durante il parto può essere causa di morte o per emorragia, o per infezione, o per schock.

La N. N. con tutta sicurezza possiamo affermare, che non è morta per emorragia; non solo il medico operante, ma anche i medici consulenti, come pure tutti i testimoni che assistettero la povera defunta, affermano che non vi fu nè prima, nè dopo, nè durante l'atto operativo emorragia esterna grave; e ben poco sangue invero dieve aver perduto la donna, se perfino i profani ebbero a non restarne impressionati. Nella storia raccolta dei sintomi che precedettero la morte, non vi ha accenno al vomito tumultuoso, moti convulsivi, sbadigli, ricerca affannosa di aria libera, a tutta quella triste scena insomma dell'anemia acuta, che segue immediatamente alle gravi emorragie.

Alla necroscopia, nel cavo addominale esistevano solo pochi centimetri cubici di liquido sanguinolento, ma non un coagulo degno di nota nel peritoneo, in vagina, nell'utero; non una macchia di sangue ai genitali esterni, alle coscie, nè sui panni che avvolgevano il cadavere. Dunque nè emorragie esterne, nè emorragie interne; e, per quanto lo stato di putrefazione dei visceri non ci possa permettere un giudizio sicuro in proposito, pure dobbiamo affermare che neppure si è trovato indizio di profonda anemia dei visceri.

Non solo la storia clinica, fatta in base alle testimonianze, ma anche il decorso clinico esclude la grave emorragia per il fatto della lunga sopravvivenza della paziente al disgraziato accidente.

Non solo alla necroscopia non si sono trovate le traccie di grave emorragia interna, ma neppure si è rilevato che sieno stati offesi grossi tronchi vasali capaci di dare emorragie mortali.

La lacerazione vaginale si limita nettamente alla parete posteriore della vagina; mentre è verso i margini laterali dell'utero e della vagina, che decorrono i grossi vasi sia uterini che vaginali.

Anche la necroscopia, per la presenza di abbondante quantità di polipi fibrinosi nella cavità dei ventricoli del cuore, ci offre un dato sicuro per ammettere una morte lenta.

La morte per infezione si può ancora più facilmente e con sicurezza escludere.

Sarà inutile insistervi in modo speciale, quando noi facciamo rilevare che non vi fu il tempo sufficiente perchè una infezione si sviluppi. La necroscopia poi la esclude in modo assoluto; nessuna traccia di peritonite acuta; nessuna traccia di sepsi all'utero, nè al suo contenuto. E del resto, per quanto il pericolo dell'inquinamento del cavo peritoneale per la penetrazione in esso di germi settici, rappresenti in linea generale nella rottura dell'utero e della parte alta della vagina, specie se complicate, il pericolo più grave di tutti, pure, nel nostro caso, apparirebbe relativamente attenuato per il fatto che alla rottura del fornice non precedettero grandi maneggi operatori, per il fatto che non si ebbe passaggio del contenuto uterino in peritoneo, per il fatto ancora, che nel cavo peritoneale non si riscontrò traccie di contenuto intestinale e che quell'ansa del tenue, la quale prolassò alla vulva, prudentemente non fu ridotta nell'attesa del consulente.

***

La N. N. è dunque morta per schock? Noi siamo venuti ad ammetterlo per via di esclusione.

La parola schock esprime l'insieme dei fenomeni di depressione generale, che si osserva in seguito a tutti i gravi traumatismi, e che può spingersi sino alla paralisi generale del sistema nervoso e quindi alla morte.

Alla necroscopia non è possibile rilevare dati diretti e non vi ha modo migliore di poterlo ammettere come causa di morte, se non per via di esclusione e dimostrando esistere lesioni capaci di averlo determinato.

Come lesioni capaci di averlo determinato noi troviamo nel caso nostro: la rottura del fornice vaginale, ed il prolasso di una ansa intestinale alla vulva.

Non è possibile immaginare uno strappo di tanta entità, interessante non solo il fornice della vagina, ma anche il peritoneo, e complicato per giunta dalla fuoriuscita di anse intestinali, senza avere presenti i minaccianti fenomeni di schock, che cosí facilmente accompagnano i gravi traumi addominali.

E' vero che oggidí non si è tanto propensi ad ammettere che i fenomeni di schock, che seguono alla rottura dell'utero, del fornice o ad altro grave trauma addominale, possano manifestarsi subito con tanta violenza da doversi interpretare come la causa più diretta ed immediata della morte; è pur vero che sono numerosi i casi di traumatismi anche più gravi, sia per rottura d'utero, con passaggio del feto nel cavo addominale e dell'intestino in vagina, sia per altri gravi traumi addominali, e che pur furono abilmente superati e salvati. Ma è altresì vero che i fenomeni di schock sono più o meno accentuati secondo individui a sistema nervoso più o

meno resistente, e secondo le condizioni nelle quali è avvenuto il trauma; è così che lo schock è più pronunciato in un uomo di 40 anni che in uno di 30, sui soldati di un esercito battuto che su quelli della parte vittoriosa.

Nel caso nostro, la paziente era già di sua natura debole e fu colta dal disgraziato accidente, quando già era esaurita dalle fatiche e dalle ansie di un lungo travaglio di parto; il suo sistema nervoso, che poco prima, durante il parto, era già quasi completamente esaurito, ci spiega benissimo come i fenomeni di schock abbiano potuto manifestarsi subito violenti, mentre poi il lungo protrarsi dello schock aveva la sua ragione nel fatto che l'intestino non poteva impunemente rimanere a lungo fuori della sua sede naturale, esposto all'azione nociva dell'aria e del raffreddamento e forse anco di maneggi e traumi; senza contare che il travaglio del parto, il quale poteva e doveva ancora espletarsi per la presenza del feto nell'utero integro, avrebbe soffocato ogni risorsa a quel misero organismo.

Oltrechè per via di esclusione, nel reperto necroscopico noi abbiamo dunque avuto mezzo di trovare ancora i dati (ferita del fornice e fuoriuscita dell'intestino) che giustificano l'ipotesi di uno schock, il quale per la sua violenza e durata, doveva miserevolmente portare a morte quell'infelice.

Questo schock del resto trova la più ampia conferma nella storia dei sintomi clinici che precedettero la morte (pallore del viso, debolezza del polso, tendenza alla sincope, rallentamento del respiro, ecc.) come testimoniarono i medici ed i famigliari.

Ond'è che noi ci sentiamo autorizzati ad affermare che la causa diretta ed immediata della morte della N. N. fu lo schock determinato e mantenuto dal lungo permanere dell'intestino in vagina, e quindi a contatto coll'ambiente esterno, esposto a raffreddamento, a traumi, e causa continua di dolore ed esaurimento.

II.

Le lesioni riscontrate all'apparato genitale ed all'intestino furono la sola causa della morte o vi concorsero circostanze preesistenti o sopravvenute alle lesioni stesse?

Se il grave e prolungato schock fu la causa diretta della morte, non possiamo incolpare la rottura del fornice vaginale, per quanto complicata dalla conseguente ernia dell'intestino; di questa nostra affermazione ci sentiamo sicuri anche per opinione degli ostetrici maggiori (Mangiagalli, Pestalozza, Guzzoni, ecc.) i quali così si esprimono nel maggior trattato italiano di ostetricia e ginecologia:

« Per rottura d'utero, rispettivamente dei fornici vaginali, vengono in scena sintomi impressionanti di abbattimento; anzi in passato si parlava molto dello schock, o collasso come causa possibile di morte anche rapida. Ma oggidì il concetto dello schock va perdendo terreno, per lo meno come causa possibile di morte. Se la

donna sopravvive alla emorragia, ciò che più è a temersi è la infezione ».

La donna dunque si rimette facilmente dei sintomi impressionanti di schock, conseguenti al grave accidente; ma se nel nostro caso invece per essi è stata condotta miserevolmente a morte, noi dobbiamo ammettere che altre cause ben gravi debbono avervi contribuito.

E noi troviamo infatti nel nostro caso cause predisponenti; il soggetto già di per sè a sistema nervoso debole, più facilmente vulnerabile e sensibile per lo stato di gravidanza, profondamente esaurito dal laborioso travaglio di parto, così da dare segni di morbosa eccitazione, se non di vera psicosi puerperale, sotto l'azione delle vivaci, subentranti contrazioni uterine. Del resto è da tutti risaputo come per il fatto solo di gestazione, e più ancora per il travaglio fisiologico del parto, possono insorgere in soggetti predisposti gravi ed imponenti manifestazioni morbose da parte del sistema nervoso, come convulsioni, psicosi, ecc.

La predisposizione del soggetto e le condizioni in cui è avvenuto il triste accidente, spiegano quindi come lo schock abbia potuto subito apparire violento.

Ma il prolungarsi dei fenomeni dello schock ha ancora gravi ragioni nel prolungarsi di quel triste stato di cose, nel continuo stimolo e dolore, sia per la continua esposizione dell' intestino alle influenze esterne, raffreddamento e trauma, sia per la permanenza dell' uovo in cavità, e quindi anche possibile continuazione o ripresa degli stimoli del parto.

Noi dobbiamo dunque concludere che lo *schock fu mortale sì, ma che lo fu non tanto per la rottura del fornice, benchè complicata dall'ernia dell'intestino, quanto per le circostanze preesistenti* (soggetto a sistema nervoso debole ed esaurito) *e per le circostanze sopravvenute alle lesioni stesse* (raffreddamento, compressione, trauma dell' intestino, stato di travaglio dell' utero gravido).

III.

Dette lesioni possono essere state determinate dal travaglio naturale del parto, o piuttosto non furono prodotte dai medicinali somministrati o dagli interventi operatorii del sanitario, od anche dal tempo in cui tale intervento avvenne?

Le rotture dei fornici vaginali durante il travaglio del parto sono abbastanza comuni (Tarnier e Budin. Trattato di ostetricia vol. III. p. 541); riconoscono le stesse cause della rottura dell'utero e, come queste, possono essere o spontanee, o traumatiche, o violente.

Diconsi rotture *spontanee* quelle determinate dalle stesse forze efficienti il parto; *traumatiche* quelle in cui il trauma interviene soltanto come momento determinante, quando per l' azione delle

contrazioni uterine era già in via di preparazione la rottura spontanea. Questo caso si presenta abbastanza spesso, quando per es. il trauma di un rivolgimento, praticato su di un utero (rispettivamente fornice vaginale) minacciante la rottura, viene a cambiare la minaccia in realtà.

La rottura in questo caso è già preparata dalle forze naturali; l' atto operativo aumentando lì per lì la tensione, ne anticipa l' insorgenza; il rivolgimento non è qui che una concausa della rottura (Bossi, Pestalozza, Mangiagalli, Herlitzka ecc.).

Diconsi invece rotture *violente* quelle dovute esclusivamente, anche senza alcuna preparazione, alla violenza di un intervento operativo

A quale di queste tre categorie noi dobbiamo ascrivere la rottura del fornice vaginale posteriore da noi riscontrato? E prima di tutto, abbiamo solide ragioni per supporre che nel travaglio del parto della N.N. esistessero quelle condizioni che possono produrre o rendere facile una rottura spontanea del fornice vaginale posteriore?

Sinceramente noi lo crediamo e ci proponiamo di dimostrarlo all' evidenza.

Fra le cause che più facilmente predispongono alla rottura spontanea dell' utero e dei fornici vaginali si annovera: l' età della donna partoriente, fra i 30 e 40 anni, la multiparità, alcuni dati speciali dell' utero e del canale genitale, tra cui prima le anomalie strutturali per malformazione naturale o per tumori (fibromi, carcinomi ecc.), o per cicatrici da parti pregressi e le anomalie di posizione, specialmente l' antiversione dell' utero gravido, ed infine un ostacolo, generalmente non accentuato, alla espulsione del prodotto del concepimento, sia per stenosi del collo o della vagina, sia per lieve viziatura pelvica, sia per soverchio sviluppo o per presentazione sfavorevole del feto.

Orbene il caso nostro, se diligentemente osservato e studiato, offre a considerare più d' una di quelle condizioni predisponenti, che più hanno valore nel determinare la rottura.

Non solo esistono per le N.N., quelle condizioni di predisposizione generale qual' è l' età e la multiparità, che hanno valore solo per quanto fanno pensare a quella specie di « Dechéance du système genital » che per effetto dei parti pregressi o per turbe di di circolazione e di nutrizione, viene coll' età a diminuire la resistenza dei tessuti del sistema genitale i quali, per cicatrici, sclerosi, od altro, diventano facilmente friabili e quindi predisposti alle rotture.

Ma, in questo caso, noi rintracciamo quelle cause predisponenti speciali, che scientificamente ci dimostrano e ci spiegano il meccanismo, per cui potè effettuarsi la rottura spontanea del fornice posteriore durante il sopraparto.

Tali cause sono:

1. — La contrazione uterina, dannosamente influenzata dalla

presenza del fibromioma, e quindi sviata nei suoi effetti per l'azione disarmonica dei diversi fasci muscolari;

2. — L' antiversione esagerata dell' utero gravido, causata e mantenuta, ed accentuata durante le contrazioni uterine, per l' interposizione del fibroma fra utero e colonna lombare.

3. — Le difficoltà all' espulsione del prodotto di concepimento, che nel nostro caso trova la sua ragione prima appunto nello sviamento della risultante delle forze uterine dall' asse pelvico, per cui l' effetto delle contrazioni uterine era piuttosto lo stiramento del fornice vaginale posteriore che non l' espulsione del prodotto di concepimento; e poi ancora la sfavorevole presentazione del feto ed il suo sviluppo oltre il termine.

Meccanismo delle rotture spontanee dell' utero e dei fornici vaginali in genere e nel nostro caso in ispecie. — Quando l' utero si contrae l' effetto della contrazione, è quello di diminuire la capacità della sua cavità. Ma a rigore l' uovo integro si può considerare come incompressibile, e perciò, fino a che l' uovo non si sia aperto una via di uscita, l' effetto della contrazione non può esplicarsi che in una deformazione della cavità uterina.

E precisamente la deformazione succede nel senso che il fondo e corpo dell' utero, dotati di muscolatura spessa e potente, cominciano col determinare prima un assottigliamento, uno sfiancamento delle parti più basse dell' utero, del segmento inferiore che rappresenta la parte passiva, la parte più sottile e meno resistente dell' utero; fisiologicamente però questo assottigliamento ha un limite e se le contrazioni non riescono a trionfare dell'ostacolo, qualunque esso sia, che si oppone alla espulsione del feto, esse finiscono con superare la resistenza della parete uterina la quale cede e si rompe bruscamente nel suo punto più debole.

Dei diversi segmenti che costituiscono il canale genitale i più esposti alle lacerazioni spontanee sono il segmento inferiore dell' utero e la parte alta (fornici) della vagina, (vedi Trat. Italiano di Ostetricia, Cuzzi, Mangiagalli, Pestalozza) per contrario il fondo dell' utero ed il collo sono pochissimo esposti alla possibilità di una lacerazione spontanea.

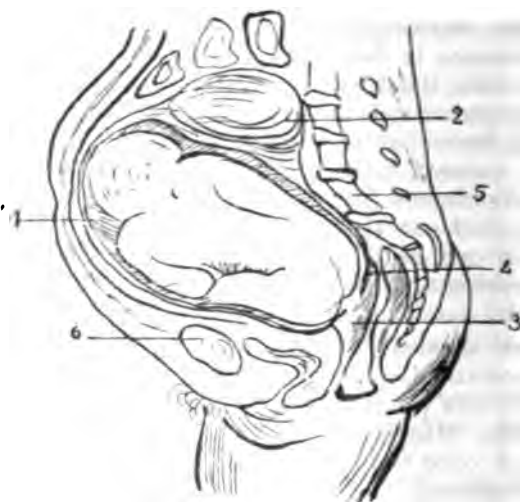
Per rispetto alla modalità della rottura è naturale che per effetto delle contrazioni uterine, avvenendo lo stiramento in senso verticale, tra le inserzioni vaginali da una parte ed il fondo dell' utero dall' altra, la lacerazione, se è spontanea, dovrà avvenire in senso traversale (vedi Trattato Ital. di Ostetricia).

Nel caso speciale della N.N. la sede (fornice) e la direzione (trasversale) della rottura depongono in favore dell' ipotesi di una rottura spontanea, e per la produzione di una rottura spontanea noi abbiamo visto esistere le più serie condizioni predisponenti, che scientificamente ne spiegano anche il meccanismo di produzione.

Riproduco in ischema la figura del caso speciale, perchè riesca più facilmente comprensibile.

Per la sede speciale del voluminoso fibromioma nella parete posteriore dell' utero, presso il suo fondo, e verso il corno sinistro, per la sua enorme protundenza sulla parete stessa, essendo in massima a sviluppo sottosieroso; per la naturale inclinazione verso destra che ha l' utero a termine di gravidanza, è facile comprendere come esso tumore venisse naturalmente a poggiare sulla colonna vertebrale e quindi ad esagerare la normale antiversione dell' utero. Fatale conseguenza di una tale esagerata antiversione doveva essere:

1. — Impossibilità all' impegno della parte presentata nelle vie pelviche per un non giusto confronto dell' asse fetale coll' asse pelvico e della parte presentata coll' ingresso del bacino.

2. — Uno sviamento della risultante delle forze uterine dell' asse pelvico.

1 - Utero — 2 - Fibroma della parete posteriore dell' utero — 3 - Vagina
4 - Margini dal collo dilatato — 5 - Colonna vertebrale — 6 - Sinfisi pubica.

Onde ne risultava che il feto era spinto contro il bordo posteriore dell' ingresso pelvico, anzichè contro il centro di esso; ed impedita cosí la progressione del feto, l' azione della contrazione uterina veniva ad effettuarsi specialmente in uno stiramento della parte posteriore dell' utero e della sua inserzione vaginale; verificandosi così quelle condizioni che più seriamente predispongono alla rottura spontanea del fornice vaginale posteriore.

« Perdurando gli stiramenti che da parte dell' utero si esercitano sui suoi attacchi vaginali; questi, pericolosamente stirati, possono ad un tratto lacerarsi.

Ciò accade di preferenza a livello della parete posteriore, e in tutta vicinanza del fornice. La rottura avviene per un meccanismo che ha molta analogia con quello che si verifica per le rotture del segmento inferiore, e come per questo, quando è spontanea è in genere una rottura trasversale ». (Vedi Trattato Ital. Cuzzi, Pestalozza).

L' antiversione esagerata dell' utero, come da tutti è ammesso e come per il nostro caso abbiamo dimostrato, era già causa sufficiente ad indurre la rottura spontanea del segmento inferiore dell' utero o del fornice posteriore della vagina; ma nella N.N. dobbiamo ricordare che esisteva pure un' altra causa, capace di dare analoghe conseguenze per analogo meccanismo, intendiamo accennare all' anomalia di struttura dell' utero per la presenza del fibromioma, il quale « disturba l' azione armonica dei diversi fasci muscolari, e può sviare la risultante delle forze uterine dall' asse pelvico » (Vedi Trat. Italiano Cuzzi, Pestalozza, vol. II. Parte II., pag. 188).

Per quanto possa apparire soverchio, pure crediamo opportuno esporre anche le ragioni che giustificano come in questo caso siasi avverata la rottura spontanea del fornice vaginale, piuttosto che la rottura del segmento inferiore dell' utero.

In linea generale un tale compito veramente sarebbe cosa ardua, dal momento che l' una come l' altra riconoscono le stesse cause predisponenti e lo stesso meccanismo di produzione; ma nel caso in paròla noi confidiamo di poterlo fare con sicurezza.

Alla sezione necroscopica si è constatato: che la bocca uterina non aveva ancora raggiunto la dilatazione completa ed il segmento inferiore appariva ancora spesso, mentre il feto, in atteggiamento normale ed in presentazione podalica completa, occupava l' ingresso del bacino. Un tale reperto su di una donna che era rimasta tanto tempo in travaglio di parto, ci lascia logicamente supporre o una straordinaria resistenza del segmento inferiore uterino o che esso sia stato in gran parte sottratto all'azione delle contrazioni uterine, perchè imprigionato e fissato tra la parte presentata ed il contorno del bacino.

Dopo quanto abbiamo sopra esposto, riassumendo e concludendo noi ci crediamo autorizzati ad affermare *che nella N.N. la esagerata antiversione dell' utero, la presenza di un tumore fibromiomatoso, la sfavorevole presentazione del feto, devono essere considerate come la sola causa della distocia, che portò la rottura spontanea del fornice posteriore della vagina.*

Il reperto necroscopico, per la sede e la qualità della rottura, per la sua direzione trasversale, per lo stato del collo e del suo segmento e presentazione del feto autorizza ampiamente tale ipotesi.

Ma la rottura del fornice vaginale non potrebbe essere stata piuttosto prodotta dai medicinali somministrati o dagli interventi operativi del sanitario od anche dal tempo in cui tale intervento avvenne?

Ammessa e giustificata la possibilità della rottura spontanea del fornice posteriore, sarebbe forse ingiusto esercitare una ulteriore critica sull' operato del sanitario.

Per quanto noi non approviamo, in tesi generale, la somministrazione della segala cornuta durante il sopraparto, pure non ci sentiamo in grado di voler comprendere fra le cause predisponenti o determinanti la rottura del fornice, in questo caso che ne ha ben altre maggiori, l' uso di un grammo di segala cornuta, tanto più che questo uso fino a non molti anni or sono era raccomandato da gran parte delle scuole ostetriche e che ancora oggi ha qualche sostenitore come ad es. il prof. Florenzo d' Erchia (Vedi Archiv. Ital. di Ginecologia 1906).

La storia clinica del caso e le ragioni suesposte sulle condizioni esistenti capaci di determinare la rottura spontanea, la chiarezza e precisione di diagnosi che il Sanitario aveva stabilito, ci vietano di attribuire a pura violenza dell' atto operativo la rottura del fornice.

Vediamo invece di stabilire il momento dell' avvenuta lacerazione con la conseguente complicanza del prolasso e rottura di un' ansa dell' intestino tenue; e se dette lesioni possono mettersi in rapporto con l' intervento del medico, considerato anche come semplice concausa della rottura.

La N.N. entrò in sopraparto nel dopopranzo del 28 Dicembre e ben presto il travaglio si dimostrò laborioso; le contrazioni erano dalla donna mal sopportate, destavano senso di nausea e qualche vomito, ma il fatto che più impressionava era la grande sovraeccitazione nervosa e l' acuto esagerato dolore che accompagnava ogni contrazione.

Alle ore 23 avviene il primo consulto col medico il quale stabilisce giustamente la diagnosi già detta. Siamo ancora nei limiti di tempo di un parto normale e presso a poco la dilatazione della bocca uterina corrisponde al tempo del travaglio, che durava da circa sette ore: la presentazione del feto è sfavorevole, ma apparentemente nulla vieta che il parto possa espletarsi spontaneo.

Per tutta la notte e il giorno successivo la donna è travagliata; le contrazioni si succedono in modo irregolare, talora con violenza esagerata, talora qualche pausa, ma il dolore al ventre è continuo, senza lasciare un istante di riposo alla partoriente, la quale ora si mostra irrequieta ed agitata ora si abbandona sfinita.

Il marito consulta ancora il medico il quale rileva che la dilatazione non è progredita affatto e che la parte presentata è rimasta immobile come inchiodata allo stretto superiore; con tutto

ciò crede non sia il caso d' allarmarsi soverchio e spiega la lentezza del parto con la poca efficacia delle contrazioni uterine, con l' eccessivo sviluppo del feto e la sua sfavorevole presentazione; ricorda le difficoltà naturali ed il naturale ritardo del parto podalico e sa che per il parto podalico, l' aspettazione è la prima regola di una buona assistenza. Quando egli palpa l' addome, quando fa l'esame ostetrico, la donna trasalisce ed accusa un dolore eccessivo, acuto, esagerato; il medico lo rileva, ma non sa trovarne la ragione e lo ritiene un fatto soggettivo puramente dovuto all'ipersensibilità della paziente.

Il medico insomma si trova di fronte al quadro dei sintomi premonitori di una minacciante rottura di utero ma non lo rileva. Questo difetto di diagnosi però era più che logico, perchè è vero che esisteva tutto il quadro dei sintomi soggettivi, che precedono la rottura di utero, ma mancava l' unico sintomo obbiettivo che è poi « le seul signe précurseur qui ait une réelle valeur et qui est révélé par la forme caracteristique que prend l' utérus, quand il est sur le point de se rompre par éclatement du ségment inferieur ». (Tarnier et Budin vol. 3.). Mancava adunque l' unico segno palpabile ed anche il più importante, e cioè quel rilievo speciale, dato dalla soverchia distensione del segmento inferiore dell' utero, che precede la rottura spontanea. È anche naturale che questo sintomo mancasse perchè nel caso in parola non è il segmento inferiore dell' utero che si distendeva, come non è questo che si è rotto, ma invece il fornice posteriore della vagina.

La mancanza di diagnosi di una minaccia di rottura spontanea del fornice vaginale non è un fatto, che tocca solo il nostro medico, ma è un fatto comune.

Ecco quanto scrivono Tarnier e Budin nel più autorevole trattato di ostetricia francese a proposito dei sintomi premonitori della rottura spontanea del fornice posteriore:

« La rupture du vagin se traduit par les signes analogues à ceux de la rupture de l' utérus, mais généralement moins accentués, on peut observer la cessation brusque des contractions uterines, et la apparition des phenomènes généraux; paleur de la face, petitesse du pouls; refroidissement des extrèmités, angoisse et dyspnee, collapsus; *mais tous ces simptomes manquet souvent et parfois ce n' est qu' après l' accouchement qu' on reconnait la lesion* ».

Così nella partoriente andavano accentuandosi i fenomeni generali, l' esaurimento, l' angoscia e l' irrequietezza nervosa, mentre il medico, fuori del sospetto che si sta preparando un tanto grave accidente, pensa di rendere più energica l' azione delle contrazioni uterine consigliando le lavature vaginali e la somministrazione di un ecbolico; ma le condizioni generali si mantengono gravi; circa la mezzanotte dal 29 al 30 Dicembre la donna è colta da una grave crisi di sovraeccitazione nervosa e da dolore straordinario, per cui il medico deve intervenire con la somministrazione di un

calmante il cloralio. Ne segue una calma; la paziente si abbandona sfinita, tratto tratto si lamenta di dolore a tutto il ventre, mentre lo stato generale si aggrava, il polso si fa frequente ed il medico si decide ad intervenire; il feto è in presentazione podalica completa; vi è la risorsa di poter abbassare un piede e così provvedere contemporaneamente alla dilatazione dell' utero ed all' estrazione del feto.

Messa la donna in posizione ostetrica, fatti i preparativi necessarî, introduce la mano e ad un tratto si trova..... in un mondo nuovo (sic); ha delle sensazioni che in ventiquattro anni di esercizio, in parecchie centinaia di operazioni ostetriche eseguite, non ha mai avuto; avverte un tessuto di cui non sa precisare la natura; pensa alla placenta previa, alla rottura d' utero, ritira la mano e pensa a provvedere al più presto per liberare la donna, chiamando un collega. Corre a prendere l' istrumento adatto per l' estrazione rapida del feto, ma al ritorno si convince che esiste la rottura dell' utero, la donna è in profondo collasso; pratica iniezioni eccitanti, giustamente vorrebbe tentare l'estrazione del feto per le vie naturali, ma vi è un' ansa del tenue in vagina ed egli sospende ogni intervento e richiede d' urgenza l' opera del chirurgo.

Arrivato questi, conferma la diagnosi di rottura d' utero con prolasso dell' intestino, ma crede di non dover intervenire; l' ammalata abbandonata a sè sopravvive tutto il giorno ed alla mezzanotte dà l' ultimo respiro.

Dobbiamo noi ora credere che la rottura del fornice, preparata dal travaglio naturale del parto, sia avvenuta all' atto dell' introduzione della mano per l' intervento ostetrico, o si era essa effettuata prima?

Certo anche se l' intervento ostetrico, aumentando la tensione delle pareti vaginali, avesse tramutato in realtà quello che già era di minaccia imminente, non includerebbe la responsabilità del medico, ma pur tuttavia dobbiamo affermare che nessuno potrebbe escludere che la rottura siasi verificata assolutamente spontanea qualche ora prima dell' intervento e precisamente durante quella crisi eccessivamente dolorosa, alla quale poi seguì l' arresto delle contrazioni; il dolore acuto, il brusco arresto delle contrazioni sono i sintomi cardinali della avvenuta rottura del canale genitale in travaglio di parto.

Il prolasso dell' intestino è complicanza tanto frequente che può dirsi necessaria nelle rotture complete dei fornici vaginali durante il parto: essa può aver seguito immediatamente la rottura, come può essersi effettuata più tardi: aperta un' ampia comunicazione fra cavità peritoneale e vagina, qualunque minima causa che aumenti la pressione endoaddominale (così un movimento uno sforzo dell'ammalata) rende necessario il prolasso dell'intestino. La rottura dell' ansa, che fu poi constatata dal chirurgo consulente, può spiegarsi sia per effetto delle contrazioni vaginali, sia per torsioni, sia per traumi sofferti nei movimenti dell' ammalata o, comunquue sia,

rimanendo esposta alle influenze esterne: Noi, all' autopsia, la trovammo compressa e pesta sotto le natiche del cadavere!

*
* *

Per rispetto al tempo in cui l' intervento ostetrico avvenne, non vi è plausibile ragione da portare in campo la responsabilità del medico, il quale era nell' impossibilità di diagnosticare la causa che predisponeva alla rottura e cioè la presenza di un fibromioma, situato alla parete posteriore di un utero gravido e quindi sottratto alla palpazione diretta e che d' altra parte non era stato rilevato neppure dai medici che avevano praticato l' esame ginecologico ad utero vuoto.

IV.

Dato che le lesioni siano dovute all' intervento operativo del Sanitario, le condizioni uterine ed addominali della paziente, potevano dar luogo all' errore di afferrare una ansa intestinale e tirarla credendo di agire sopra il feto?

Le lesioni non debbono attribuirsi all' intervento del sanitario e tanto meno ad errate manovre.

Allorchè il medico introdusse la mano nel canale genitale per addivenire all' abbassamento del piede del feto, avvertì ciò che non avea mai avvertito, palpò una sostanza, un tessuto, che lì per lì lo fece pensare alla placenta. Che poteva essere quel tessuto? Certamente o l' intestino od un lembo della parete della vagina lacerata; se noi ammettiamo il confronto, senza dubbio è la parete vaginale quella che più propriamente può dare l' impressione di tessuto placentare. Ma, supposto invece che quel tessuto fosse un ansa intestinale noi abbiamo già affermato come il passaggio dello intestino nella vagina sia un fatto pressochè costante, spontaneo e naturale quando esiste una rottura completa del fornice; nessuna trazione fu quindi necessaria per il prolasso dell' intestino tenue.

CONCLUSIONI

1. — La causa diretta ed immediata della morte della N.N. fu lo schock, determinato e mantenuto dal lungo permanere dell' intestino in vagina e quindi a contatto collo ambiente esterno, esposto a raffreddamento e traumi, e causa continua di dolore ed esaurimento.

2. — Lo schock fu mortale sì, ma non lo fu tanto per la rottura del fornice, benchè complicata dall' ernia dell' intestino, quanto per le circostanze preesistenti (soggetto a sistema nervoso

debole ed esaurito) e per le circostanze sopravvenute alle lesioni stesse (raffreddamento, compressione, trauma dell' intestino, stato di travaglio dell' utero gravido).

3. — Mentre esistevano nel naturale travaglio di parto le cause necessarie e sufficienti per la produzione di una rottura spontanea del fornice vaginale posteriore, nessuna seria ragione abbiamo per dover ritenere che i medicamenti o la manovra ostetrica o il tempo in cui fu eseguita, possano aver contribuito alla produzione delle lesioni trovate all' apparato genitale ed all' intestino.

4. — Nessuna trazione fu necessaria per produrre il prolasso dell' intestino tenue : esso è una complicanza naturale, spontanea, quasi costante nella rottura dei fornici vaginali.

RECENSIONI.

Stöltzner. — **Mestruazione precoce.** — (Medizin. Klinik; Gennaio 1908).

Si tratta di una bambina effettivamente di soli 34 mesi, la quale per lo sviluppo generale del corpo, (pesa 19 Kgr. e 150 gr. e misura 102 cent.), dimostra 5 anni d'età, e per il cospicuo sviluppo dei seni e dei genitali esterni e dell'utero dimostra un'età ancora superiore, quale potrebbe essere intorno i 15-16 anni. Mestruò questa bambina la prima volta a 2 anni d'età; le mestruazioni successive ricomparvero regolarmente ogni 5 settimane, ad eccezione del periodo intercorrente fra la prima e la seconda, la dodicesima e tredicesima mestruazione che fu di 8 settimane.

Pesava all'atto della nascita 3250 gr.; mise il primo dente a 6 mesi; incominciò a mutare i primi passi a 14 mesi e mezzo, perchè affetta da rachitismo di media intensità.

Rebaudi.

E. L. Pizzini. — **Rarissimo caso di sopravvivenza fetale.** — (L'Arte Ostetrica - N. 21 - Novembre 1907).

L'A. riferisce brevemeute di un piccolo prematuro, il quale, pur avendo un peso di 900 gr., una lunghezza totale di 30 cent, circondato delle massime cure, visse e tuttora vive in ottime condizioni di salute, presentando in data ottobre 1908 gr. 4000 in peso, 54 cent. in lunghezza.

Rebaudi.

F. Mirto. — **Contributo allo studio delle perforazioni uterine strumentali.** — (Annali di Ost. e Gin., 1908 - N. 11).

L'A. premesse alcune considerazioni intorno i fattori etiologici, gli istrumenti, la sintomatologia, la prognosi, la terapia delle perforazioni uterine, descrive un interessantissimo caso occorso nell'Istituto Ostetrico di Milano nel settembre u. s.

Si tratta di una giovane donna primipara gravida al 2.° mese, che abortisce a domicilio ed è quivi raschiata da un ostetrico abbastanza perito, il quale durante l'atto operativo, avendo avuto la sensazione di aver perforato l'utero, invia rapidamente la donna all'Istituto. All'atto di suo ingresso la paziente versa in condizioni gravissime: colorito pallido, respiro affannoso, polso piccolo, depressibile, con 140 pulsazioni al mq., temperatura 36.8. Si riscontra una dolenzia all'ipogastrio specialmente verso la linea mediana, ottusità mobile al quadrante inferiore sinistro dell'addome, utero grosso come una gravidanza al 2.° mese, molle, mobile, dolentissimo, con collo rammollito, ad orificio permeabile, donde esce un'ansa di una specie di cordone cavo lacerato in un suo punto, a colorito roseo cupo lucente.

Si fa diagnosi di perforazione uterina complicata da procidenza dell'intestino lacerato e staccato dal mesentere, con inondazione peritoneale.

All'intervento laparatomico, che si pratica d'urgenza, si riscontra appunto come il fondo dell'utero un po' a destra sia perforato ed attraverso questo foro esca un'ansa del tenue là strozzata dalla contrazione della muscolatura uterina.

L'intestino è staccato per circa 30 cent. dal mesentere, i cui vasi sono sanguinanti; la ferita uterina è solamente coperta di qualche grumo di sangue; entro la cavità addominale è raccolta una buona quantità di sangue liquido nerastro.

Si pratica la resezione del tratto intestinale, la cui vitalità appare compromessa, e poi si suturano i monconi; per le gravissime condizioni in cui versa la donna non si crede opportuno praticare l'isterectomia e si conduce una semplice escissione di un tratto di tessuto attorno al foro uterino e si sutura. Si procede ad

una buona toelette addominale e si drena ampiamente. Nullameno la malata dopo 12 ore viene a morte.

Riassumendo possiamo dire: che in tal caso facilissima si presentava la diagnosi, nettissima l'indicazione terapeutica, che avrebbe occorso fosse completata dall'isterectomia, se altre considerazioni non l'avessero fatta bandire. La causa della perforazione, eliminata l'imperizia dell'ostetrico, rotto a questi interventi, la si deve piuttosto imputare ad estrema mollezza delle pareti uterine; l'origine dell'inondazione peritoneale la si deve ricercare, piuttosto che nella perforazione uterina, nello strappamento della larga superficie mesenteriale, i cui vasi infatti anche all'atto dell'intervento laparatomico, si mostravano sanguinanti.

Rebaudi.

G. Cavazzani. — **Ancora della resezione del plesso utero-ovarico nella cura dell'isterismo.** — (La Riforma Medica, N. 49 - 1908).

L'A. convintissimo sostenitore dei capitali ed intimi rapporti che esistono fra alterata funzione degli organi genitali interni, loro sistema d'innervazione e sindromi varie isteriformi, espone brevemente in questo lavoro le storie cliniche di 22 donne in preda a forme isteriche, e che erano contemporaneamente affette da lesioni varie genitali, o che già avevan subito operazioni demolitrici utero-ovariche od anche a genitali apparentemente sani, in cui addivenne alla resezione del plesso utero-ovarico.

Tutte le inferme ne risentirono un benessere rapido e pronto: che in molte fu duraturo, per modo che si può parlare di guarigione completa (datano i primi casi dal 1899), in altre fu interrotto dalla comparsa temporanea di sindromi molto attenuate, in alcune poche fu passeggiero e scomparve del tutto ritornando la donna nelle tristi condizioni primiere.

Rebaudi.

G. Pisanò. — **De la macerazione dei feti nell'utero nei rapporti colla medicina legale.** — (Annali di Ost. e Gin., N. 3-8 - 1908).

L'A., allo scopo di allargare sempre più la cerchia delle conoscenze nostre intorno ai fenomeni macerativi ed onde fornire al perito medico-legale nuovi dati per la più netta soluzione degli interessantissimi quesiti relativi all'epoca della morte del feto nell'utero, ha reso note, in due memorie distinte, alcune osservazioni non prive d' interesse.

Premesso che il fenomeno della imbibizione ematica dei tessuti in via di macerazione è un fatto della massima costanza, e la regolarità con cui si avvera va incontro a rare eccezioni, le quali poi in un'ultima analisi sono più apparenti che reali, in quanto che dipendono da cause facilmente valutabili ad una osservazione accurata, dimostra nella prima memoria come il dosaggio della quantità di pigmento ematico contenuto nei diversi organi fetali sia da ritenersi ottimo sussidio per una esatta epicrisi.

Non appena si inizia la macerazione e mano mano procede si riversa nelle cavità sierose dell'organismo un trasudato di colorito ematico, che va incontro a speciali modificazioni macroscopiche, microscopiche e microchimiche, dalle quali appunto, come appare dai resultati delle ricerche dell'A., esposti nella seconda memoria, si possono desumere anche praticamente dai dati probativi per stabilire l'epoca precisa cui rimonta la morte del feto entro l'utero.

Per quanto riguarda i caratteri macroscopici dei liquidi cavitari trasudati possiamo dire:

Aumentano in quantità sino a raggiungere un maximum verso il 10° giorno da la morte del feto, diminuiscono poi, e verso il 20° giorno sono ridotti a minime proporzioni; di colorito dapprima rosso-chiaro, si fanno poi laccati e per ultimo picei; in un primo tempo tenui, poi sierosi, finiscono per avere in ultimo una consistenza sciroppos: di aspetto dapprima chiaramente ematico si intorbidano poi acquistando da ultimo una apparenza purisimile.

Per quanto riguarda le modificazioni microscopiche, cui vanno incontro i liquidi cavitari, resulta dagli studi dell'A. che:

In un primo tempo presentano i caratteri dei comuni trasudati ematici; poi a poco a poco le emazie si disfanno, cedono l'emoglubina al liquido; i leucociti si notano in maggior quantità ed in massima parte sono anch'essi in preda a degenerazione; gli endoteli si staccano in più larga misura; contemporaneamente si avvera una concentrazione del liquido per il riassorbimento di gran parte di siero, ond'è che negli ultimi stadi prevalgono i detriti ed i cristalli di acidi grassi, che impartiscono al liquido una densità rilevante.

In questi liquidi cavitari si riscontrano pure abbondati basi alcaloidee provenienti dalla scissione della molecola organica, nettamente dimostrate dalla reazione del Florence.

Rebaudi.

Chiudendo l'anno 1908.

Il 1908 si chiude assai tristamente per il nostro Paese.

La Natura volle essere matrigna a due Regioni Italiane che aveva colmate d'incanti.

Noi che contro le insidie fisiche della natura lottiamo quotidianamente ben sappiamo quanto sia vano il condolersi, ma come urga il correre al riparo. E poichè anche nelle maggiori calamità qualche felice circostanza sempre si appalesa, ci serva in questa occasione di conforto lo splendido esempio di solidarietà umana sorto da tutti anche i più reconditi angoli della penisola quasi a dimostrare, se pur ve ne era bisogno, che all' Unità Italiana si è omai sostituita la Fraternità Italiana, e da tutti i popoli stranieri, quale patente dimostrazione di quell' umanitarismo internazionale, che coll' internazionalismo scientifico ha tanti punti di contatto.

Due fatti invero si lamentarono; quello della deficienza ed incertezza della burocrazia militarista (da non confondersi coi militari), e quello dirò della burocrazia confessionalista (da non confondersi coi sinceri credenti). Ma sì l'una che l'altra, lo sappiamo, sono agli antipodi della vera scienza, anzi sono con questa in conflitto inconciliabile.

In tanta sciagura, volgendo uno sguardo ai colleghi i più affini, troviamo sopravissuti Arturo Guzzoni degli Ancarani *e* Vincenzo Cordaro. *Ad entrambi mandiamo col fraterno saluto il voto che l'affetto collettivo della Nazione, ed in ispecie della Classe sanitaria, renda loro meno cruda l'ora presente e meno oscuro il domani.*

Come accenneremo nell' imminente primo numero del 1909, la *Ginecologia Moderna* intende ampliare la Redazione, costituendo un Comitato di Redazione misto: di ginecologi, psichiatri, medicolegali, sociologi e giuristi.

Al prossimo numero sarà annesso in fogli staccati il frontispizio e l'indice completo del 1° anno della *Ginecologia Moderna,* quale prova di fatto dell' indirizzo e dell' opera compiuta.

MATTEO OPPECINI, *Gerente responsabile.*
STAB. TIP. G. B. MARSANO, *Corso Buenos Ayres, 21 - Genova.*

Democratizzare la scienza altro non deve essere se non la sempre maggiore diffusione dell'aristocrazia scientifica.

Multa renascentur quae jam cecidere...

Propter solum uterum mulier id est quod est.

ANNO I. DICEMBRE 1908. FASC. XII.

La Ginecologia Moderna

Rivista Italiana di Ostetricia e Ginecologia

E DI

Psicologia, Medicina Legale e Sociologia Ginecologica

Direttore: L. M. BOSSI
Professore ordinario di Ostetricia e Ginecologia alla R. Università di Genova.

Redattore Capo: S. PATELLANI
Aiuto onorario alla Clinica Ostetrico-Ginecologica della R. Università di Genova.

Segretario di Redazione: S. REBAUDI
Assistente alla Clinica Ostetrico Ginecologica della R. Università di Genova.

IL PERIODICO È MENSILE

Gli Autori delle memorie originali hanno diritto gratuitamente a 100 estratti con copertina. — Le memorie si pubblicano in tutte le lingue.

Si pubblicano immediatamente gli ***autoriassunti*** delle memorie originali.

REDAZIONE ED AMMINISTRAZIONE

GENOVA - Via S. Giuseppe, 35 - GENOVA

Condizioni d'abbonamento annuo

Per l'Italia . . . . . L. 10 — Per l'Estero . . . . . L. 15

Per un numero separato L. 2 (Libreria Moderna, Galleria Mazzini - Genova)

Rivolgersi all'Amministrazione.

Costruzioni speciali delle Officine Hausmann S.-A.

S. GALLO (Svizzera)

PORTA BOTTIGLIE

N. 20683

In ferro verniciato bianco. Su ruote di gomma, girevoli in tutti i sensi.

Le bottiglie sono fissate in cestelli, in modo che permettono di versare i liquidi facilmente.

N. 20635	con	due	bottiglie	da Litri	8-10
N. 20636	»	tre	»	»	8-10
N. 20637	»	quattro	»	»	8-10
N. 20638	»	sei	»	»	8-10

Tutti gli articoli delle officine Hausmann S.-A. di S. Gallo sono distinti dalla perfetta loro costruzione e dalla cura speciale colla quale sono fabbricati.

Nuova tasca asettica metallica "Hausmann" per Levatrici.

Fig. 1.

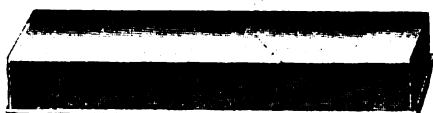



Fig. 2.

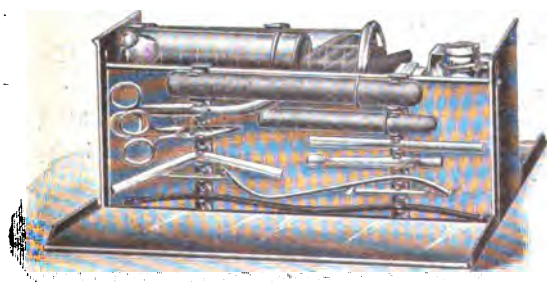



Fig. 3.

Modello praticissimo, completamente smontabile e di facile disinfezione. Solidissime. Tutti i varî pezzi sono praticamente disposti.

La pulizia e la disinfezione riescono facili e complete. Esso è di piccolo volume e peso.

Tasca completa (fig. 1). La cassetta metallica è nichelata e rivestita di tela vela munita di cinghie per portarla a mano od in ispalla. La tela porta una tasca interna per contenere un grembiule ed un pezzo di tela gommata.

La cassetta è completamente smontabile. Il suo coperchio (fig. 2) è graduato e serve come bacile per la disinfezione. Le pareti della cassetta sono snodate in modo che, levati tutti gli strumenti, si distendono in un solo piano pulito.

Levato il coperchio i pezzi si presentano tutti indipendentemente pronti all'asportazione (fig. 3). Contenuto: 1 irrigatore completo, materiale di medicazione, tutto l'occorrente per la pulizia delle mani, liquidi per disinfezione, ed una sterilizzatrice per gli strumenti.

In una parete staccabile sono collocati un termometro clinico ed uno per bagno, una sonda Nelaton, ed un catetere in metallo, due cannule vaginali in vetro ed una rettale, un contagoccie, una forbice ombellicale ed una per unghie, un netta-unghie.

Questo modello di tasca per la sua praticità, è il più preferito dalle levatrici, ed è anche obbligatorio per esse in certi paesi esteri.

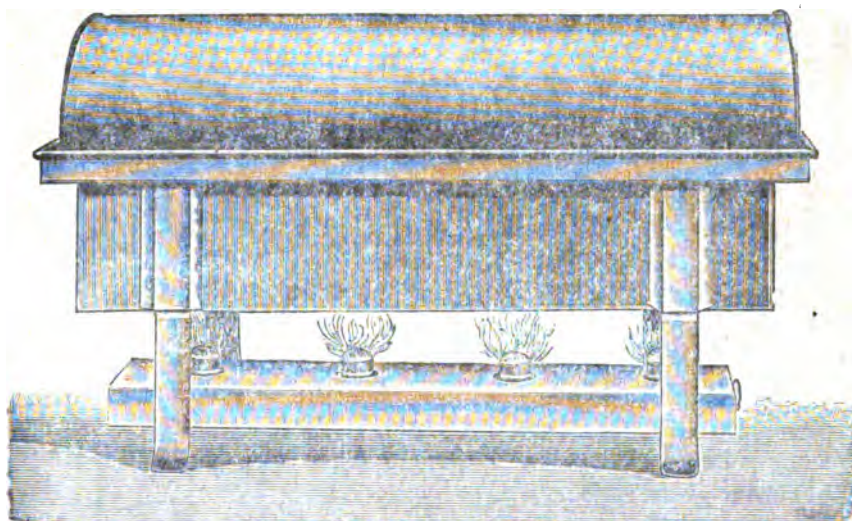
Tutti gli articoli delle officine Hausmann S.-A. di S. Gallo sono distinti dalla perfetta loro costruzione e dalla cura speciale colla quale sono fabbricati.

Costruzioni speciali delle Officine Hausmann S.-A.

S. GALLO (Svizzera)

STERILIZZATRICE UNIVERSALE

Tipo HAUSMANN

per sterilizzare contemporaneamente medicazioni, strumenti, sonde elastiche, medicinali, ecc.

N. 21460/62 (Chiusa)

Nella rete metallica inferiore si fa la sterilizzazione degli strumenti nelle soluzioni di carbonato di soda o di borace; l'altra rete serve alle fialette con medicinali, ai cateteri, oggetti di gomma, ecc., che sono sterilizzati dal vapore d'acqua senza essere immersi nell'acqua stessa.

Tutte e due queste reti vengono chiuse al disopra dal grande recipiente sul quale si mette la medicazione.

L'apparecchio è chiuso a mezzo del coperchio abbastanza pesante.

L'apparecchio ha una tale disposizione che la medicazione viene sterilizzata sotto una certa pressione (quand'anche non molto alta), e si evita la condensazione dei vapori sulle medicazioni stesse.

L'acqua condensata è raccolta da una parte speciale dell'apparecchio prima ch'essa possa bagnare molto la medicazione.

L'apparecchio è costrutto nelle tre grandezze di:

30 : 12 : 10 cm. 45 : 15 : 12 cm. 50 : 20 : 15 cm.

Esso viene riscaldato a gas o ad alcool.

Tutti gli articoli delle officine Hausmann S.-A. di S. Gallo sono distinti dalla perfetta loro costruzione e dalla cura speciale colla quale sono fabbricati.

SOMMARIO DEL FASC. XII

Aderirono di collaborare al nuovo Periodico:

Per la Psicologia, Medicina Legale e Sociologia Ginecologica: ***Mario Carrara, Alessandro Clerici, Enrico Ferri, Cesare Lombroso, Enrico Morselli,*** **ecc.**

Per l'Ostetricia e Ginecologia oltre che *i più autorevoli Ginecologi Italiani,* i seguenti Ginecologi stranieri:

Bumm — Ballantyne — Alban Doran — Von Franqué — Fehling — Von Herff — Leopold — Mayer — Schauta — Tauffer — Bar — Doléris — Fritsch — Porah, ecc.